

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

**“O OLHAR DE UM ADMINISTRADOR PARA A
COERÊNCIA E ORGANICIDADE DOS CURSOS DE
RESIDÊNCIA MÉDICA: UM ESTUDO DE CASO”**

SEBASTIÃO AILTON DA ROSA CERQUEIRA

Campinas
2003

*“A minha família e aos meus amigos
pelo apoio dado para a realização desta
pesquisa”.*

AGRADECIMENTOS

- ✓ A Deus e à Espiritualidade amiga;
- ✓ Aos meus pais, em memória;
- ✓ Ao Professor Dr. Nilson Joseph Demange;
- ✓ Ao meu amigo Hildebrando Vieira Brito;
- ✓ Ao meu irmão César Augusto Cândido Xavier;
- ✓ Ao Professor e amigo Luis Antonio dos Santos Monteiro;
- ✓ Ao Professor e amigo João Leopoldo Samways Filho;
- ✓ A todos os amigos que me encorajaram;
- ✓ A todos que contribuíram para esta minha vitória.

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo conhecer os indicadores necessários para a avaliação de desempenho e funcionamento dos cursos de residência médica, promovidos pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, de acordo com a percepção de seus docentes.

A metodologia adotada privilegiou o enfoque qualitativo. O estudo apresentou características do tipo descritivo e exploratório, realizado sob a forma de estudo de caso, utilizando-se a entrevista como principal instrumento para coleta das informações. A amostra foi selecionada de forma intencional.

Para organizar e interpretar os relatos, empregou-se a técnica de análise de conteúdo. Na percepção dos professores entrevistados foram apontados os seguintes indicadores para avaliar o desempenho e o funcionamento dos cursos de residência médica: a) qualificação docente; b) dimensão do corpo docente; c) relação entre total de docentes e total de alunos do curso de Residência Médica; d) produção técnica e/ou científica; e) índice de produção técnica e/ou científica. Foram sugeridos, pelos professores, outros indicadores que poderiam demonstrar o desempenho dos cursos de especialização médica, são eles: a) tempo de funcionamento do curso; b) avaliação docente; c) avaliação discente; d) qualidade da produção científica.

Palavras chaves: Pós-graduação *lato sensu*, residência médica e avaliação institucional.

ABSTRACT

This research aimed at knowing the necessary indicators to assess the performance and operation of the residence medic course run by the Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, with regard to the professors' perceptions.

The methodology lied on a qualitative approach. The study presented descriptive and exploratory features through case study using interviews as the main instrument to gather information. The sample was chosen intentionally.

Content analysis was used in order to organize and interpret the spoken discourse. The following indicators were pointed out according to target professors' perceptions in order to assess the performance and operation of the residence medical courses: a) the teaching qualification, the dimension of the team of professors, c) the relationship between the total of professors and the total of the resident academic students of the medical courses, d) scientific and/or technical production rate. Professors suggested other indicators, which could demonstrate the postgraduate course performance. They are a) the background teaching evaluation, b) the professor assessment, c) the academic evaluation and c) the scientific production.

Key words: Post graduation *Latu Sensu*, medical residence and institutional assessment.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 RELEVÂNCIA DA PESQUISA	3
2. A PÓS-GRADUAÇÃO NO BRASIL	7
2.1 ORIGEM E ANTECEDENTES	7
2.2 A PÓS-GRADUAÇÃO <i>LATO SENSU</i>	11
3. O PROCESSO DE AVALIAÇÃO	15
3.1 HISTÓRICA DA AVALIAÇÃO NA UNIVERSIDADE	15
3.2 CRITÉRIOS E INDICADORES FORMULADOS PARA A AVALIAÇÃO	39
3.3 A CAPES	43
4. HOSPITAIS DE ENSINO	49
4.1. OS HOSPITAIS DE ENSINO	57
5. A RESIDÊNCIA MÉDICA	71
6. METODOLOGIA	77
6.1 PERGUNTAS DA PESQUISA	77
6.2 DELINEAMENTO E PERSPECTIVA DA PESQUISA	78
6.3 A ESCOLHA DA INSTITUIÇÃO	79
6.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA	79
6.5 DADOS: TIPO, COLETA E TRATAMENTO	80
6.6 ESTRUTURAÇÃO DO CONTEÚDO E DA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	83
7. ESTUDO DE CASO	89
7.1 HOSPITAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL	89
8. APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS CONTEÚDOS	93

8.1 DEFINIÇÕES DA PÓS-GRADUAÇÃO <i>LATO SENSU</i>	93
8.2 IMPORTÂNCIA DA PÓS-GRADUAÇÃO <i>LATO SENSU</i> NA ÁREA MÉDICA..	98
8.3 CARACTERÍSTICAS DA RESIDÊNCIA MÉDICA	102
8.4 INDICADORES DE DESEMPENHO PARA A RESIDÊNCIA MÉDICA	108
8.4.1 Qualificação Docente	108
8.4.2 Dimensão do Corpo Docente.....	110
8.4.3 Relação entre total de docentes e total de Alunos da Residência Médica.....	113
8.4.4 Total de Alunos	115
8.4.5 Número de Titulados	116
8.4.6 Índice de Titulados	117
8.4.7 Total de Disciplinas Oferecidas pelo Curso	119
8.4.8 Produção Técnica e/ou Científica	121
8.4.9 Índice de Produção Técnica e/ou Científica.....	124
8.4.10 Total de Professores	126
8.4.11 Relação Professores Titulados/Alunos.....	127
8.4.12 Custo por Aluno	129
8.4.13 Sugestões de Novos Indicadores	130
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	137
11. BIBLIOGRAFIA.....	145
12. ANEXOS	157
ROTEIRO DE ENTREVISTA	157
DECRETO N° 80.281	159
LEI N° 6.932.	165
RESOLUÇÃO CNRM N.º 004/2002.....	169

1. INTRODUÇÃO

A universidade, como qualquer organização de natureza complexa, ao ser avaliada, é analisada tanto em termos da eficácia social de suas atividades como em termos do seu funcionamento. Segundo Belloni (1995), a avaliação sistemática pode ser um instrumento que estimule o aprimoramento da qualidade das atividades e, ainda, contribua para que seja sistematicamente verificado o atendimento dos objetivos e finalidades da instituição.

Observando-se o caso brasileiro, tem-se que o marco referencial da avaliação em universidades partiu da iniciativa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, quando, em 1977, verificou a necessidade de acompanhar o funcionamento dos cursos de pós-graduação ministrados no país, cujo número de ofertas vinha crescendo de forma surpreendente.

O sistema de avaliação implantado restringiu-se tão somente a pós-graduação *stricto sensu*, isto é, aos programas de mestrado e de doutorado. Os mecanismos de ação utilizados foram sendo aperfeiçoados ao longo de aproximadamente 20 anos, propiciando a criação, aplicação e consolidação de todo um conjunto de instrumentos para avaliação, legitimados pela maioria das instituições de ensino superior do país.

Supõe-se que a pós-graduação *lato sensu*, composta pelos cursos de especialização e aperfeiçoamento, na qual se

enquadra a residência médica, objeto de estudo, ainda não possui nenhum instrumental formalizado que permita avaliar qual o nível de qualificação dos profissionais que ingressam no mercado de trabalho.

Convém ressaltar que a execução e o desenvolvimento deste tipo de pós-graduação têm contribuído de forma efetiva para a melhoria da qualificação de profissionais e técnicos na área da saúde. Entretanto, acredita-se que muito pouco é escrito e/ou relatado sobre a especialização ou formação do profissional médico.

Considerando-se que a pós-graduação *lato sensu* é muito difundida nas instituições de ensino superior do país, torna-se necessário observar, de forma ampla e profunda, o desempenho e o funcionamento dos cursos ministrados.

Registra-se, ainda, que as organizações universitárias, que não dispõem de todas as condições para implantarem programas de mestrado e doutorado, vêm, na especialização, uma alternativa eficaz para suprir necessidades em relação à pós-graduação.

Portanto, decidiu-se estudar o seguinte tema: “O olhar de um administrador para a coerência e organicidade dos cursos de residência médica: um estudo de caso”.

Para desenvolver o tema ora apresentado elaborou-se o seguinte problema: Que indicadores são necessários para a avaliação de desempenho e funcionamento de cursos de residência médica da UFMS na percepção de seus professores?

Esta pesquisa teve os seguintes objetivos:

a) Objetivo Geral: Conhecer os indicadores necessários para a avaliação de desempenho e funcionamento dos cursos de residência médica.

b) Objetivos Específicos:

- Identificar definições de pós-graduação *lato sensu*;
- Identificar, na percepção dos professores entrevistados, a importância que a pós-graduação *lato sensu* tem na formação do profissional médico;
- Caracterizar, na percepção dos professores entrevistados, o curso de residência médica;
- Identificar que indicadores de avaliação da CAPES podem ser utilizados para avaliar o desempenho e funcionamento dos cursos de residência médica;

1.1 RELEVÂNCIA DA PESQUISA

Os processos de avaliação existentes no país destinam-se à universidade como um todo (avaliação institucional) ou às suas partes, como o sistema de avaliação da pós-graduação *stricto sensu*, que investiga os programas de mestrado e de doutorado no Brasil.

Observa-se, no entanto, que parece não haver iniciativas no sentido de analisar com maior rigor e profundidade a pós-graduação *lato sensu*, representada, em sua maioria, pelos cursos de especialização e, em especial, a residência médica.

Após ingressar no ensino superior e ter desenvolvido atividades com os alunos do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio da sensibilização para o programa institucional de qualidade, surgiu o interesse em investigar a formação do profissional médico, visto que tal

profissional lida diariamente com a vida de seus pacientes. Logo, passou-se a crer que a formação médica deveria ser pautada em um ensino de excelência.

Então, consciente da importância que representam os cursos de residência médica para a qualificação do profissional médico, foi sentida a necessidade de identificar alternativas para avaliar os padrões de qualidade impressos por esses cursos.

Ao analisar os cursos de residência médica, desenvolvidos em hospitais universitários, presume-se, também, que seja possível identificar políticas e ações da universidade quanto à formação de profissionais da área médica, bem como podem ser identificadas as exigências do mercado no que diz respeito à qualificação desses profissionais.

Acredita-se, portanto, que uma das formas de se prestar assistência à saúde com qualidade é avaliando os sistemas de capacitação do profissional médico, enquanto “ator chave” do processo de melhoria das condições de saúde da sociedade. Entretanto, o processo de avaliação, como instrumento de observação, controle e correção das atividades desenvolvidas em uma organização demandam a utilização de alguns procedimentos que permitam tornar claro e objetivo aquilo que se pretende avaliar. Este estudo visa, portanto, contribuir para a implantação de processos de avaliação dos cursos de residência médica.

Além dessa contribuição, espera-se ampliar os conhecimentos sobre a pós-graduação *lato sensu* e, em especial, os cursos de residência médica, pouco contemplados pela bibliografia existente no país.

2. A PÓS-GRADUAÇÃO NO BRASIL

O presente capítulo enfoca a origem dos programas de Pós-graduação no Brasil, dando ênfase à Pós-graduação *lato sensu*.

2.1 ORIGEM E ANTECEDENTES

As universidades brasileiras passaram por algumas reformulações estruturais já na década de 40, quando incluíram a pesquisa em seu contexto (Goes, 1968). O autor registra que, a partir de 1946, começam a ser fundados vários institutos de pesquisa nas universidades e a investigação científica passa a assumir um caráter profissional.

Também ao fazer uma retrospectiva do ensino superior no país, Schwartzman (1992) salienta que, a partir de 1959, as estatísticas do ensino superior brasileiro começam a registrar professores e alunos participando de cursos de pós-graduação. Ao lado, são algumas centenas de cursos nitidamente profissionalizantes. Esta característica deu feição aos primeiros cursos formalmente reconhecidos, excetuando-se os cursos oferecidos pela Universidade de São Paulo (USP), onde por muito tempo vigorou o sistema francês de conceder o grau de doutorado como parte da carreira docente.

Porém, comenta Schartzman (1992), foi a partir de 1961, através da Lei nº 4024/61 - Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que os cursos de pós-graduação começam a ser claramente definidos. De acordo com o art. 69, alínea “b”, da referida Lei, são entendidos como cursos de pós-graduação aqueles abertos à matrícula de candidatos que já haviam concluído a graduação e obtido o respectivo diploma.

Ao analisar a legislação referente ao ensino superior, Ferraz (1976) afirma que foi o Parecer nº 977/65, do Conselho Federal de Educação - CFE, de autoria do Conselheiro Newton Sucupira, o primeiro documento a tratar, com amplitude e profundidade, da pós-graduação.

Convém ressaltar que o estudo sobre a pós-graduação fora solicitado ao Conselho Federal de Educação pelo Ministro da Educação, apresentando três motivos fundamentais para a instalação da mesma, conforme Medeiros (1986):

“1 – “Formar professorado competente para atender à expansão quantitativa do ensino superior, garantindo, ao mesmo tempo, a elevação dos níveis de qualidade vigentes;

2- Estimular o desenvolvimento da pesquisa científica por meio de preparação adequada de pesquisadores;

3- Assegurar o treinamento eficaz de técnicos e trabalhadores intelectuais do mais alto padrão, para fazer face às necessidades do desenvolvimento nacional em todos os setores.” (MEDEIROS, 1986, p. 47)

Conforme o autor em questão, a pós-graduação tem origem na universidade americana que, por sua vez, pode ser considerada produto da influência germânica.

Medeiros (1986) observa que, até 1965, ano em que o Parecer foi aprovado, quase não havia cursos de pós-graduação em funcionamento regular no Brasil. Até então, partia-se do pressuposto de que era possível a formação do profissional, do técnico e do cientista no mesmo curso de graduação. Em muitos setores, recorria-se ao treinamento de cientistas ou especialistas em universidades estrangeiras, razão pela qual se sentiu a necessidade de promover a implantação sistemática de cursos de pós-graduação.

Em 1974, surgiu o Plano Nacional de Pós-Graduação (PNPG), como expressão dos trabalhos iniciados no Conselho Nacional de Pós-Graduação, instituído pelo Ministério da Educação por intermédio do Governo Federal e estabelecido no Decreto n° 73.411, de 04 de janeiro de 1974, face às deficiências encontradas na implementação de cursos em nível de pós-graduação em fase de crescimento desordenado. Na visão de Medeiros (1986), o PNPG deve ser entendido como uma orientação das iniciativas e dos esforços do Governo Federal em expandir adequadamente o ensino de nível superior, transformando as universidades brasileiras em verdadeiros centros de atividades criativas permanentes.

Ao caracterizar a pós-graduação *stricto sensu*, Ferraz (1976) comenta que este nível de ensino se desenvolveu com uma característica dinâmica, visando a desenvolver e a aprofundar a formação adquirida no âmbito da graduação. Englobando os programas de mestrado e doutorado, a pós-graduação *stricto sensu* foi proposta com a duração mínima de dois e três anos, respectivamente, e exigia de seus alunos o estudo de um certo número de matérias teóricas relativas à área de concentração e ao domínio conexo. Conforme a autora, por

área de concentração entendem-se as matérias que compõem o campo específico de conhecimento, e por domínio conexo entendem-se as matérias não pertencentes à área de concentração, mas necessárias ou convenientes para complementar a formação do aluno.

Ainda analisando a legislação, Seidl (1994) aborda que em 10 de março de 1983, através da Resolução nº 5 do Conselho Federal de Educação - CFE, a pós-graduação *stricto sensu* teve sua regulamentação ratificada, com as ampliações necessárias a sua aplicação.

Dentro da ótica do II PNPG aprovado pelo Decreto nº 87814 de 16 de novembro de 1982, pode-se considerar a existência de dois tipos de pós-graduação no sistema universitário brasileiro. Um voltado a uma vocação dirigida para a pesquisa básica e à capacitação de pesquisadores, entendida como pós-graduação *stricto sensu*. O outro tipo, que é objeto de estudo deste trabalho, volta-se para a formação dos diferentes tipos de profissionais que irão atender às exigências cada vez mais complexas e sofisticadas do processo de produção de bens e serviços, ou seja, a pós-graduação *lato sensu*, de acordo com Seidl (1994).

Para Seidl (1994), o III PNPG, aprovado em 1986, apontava no sentido de valorizar os programas de PGLS como qualificação para o mercado de trabalho não acadêmico.

Atualmente, grande parte das instituições de ensino superior do país ministra cursos de pós-graduação *lato sensu*, com uma ênfase maior àquelas instituições que ainda não possuem programas de mestrado e/ou doutorado plenamente consolidados.

2.2 A PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU*

O Parecer nº 977/65 definiu a pós-graduação *lato sensu* como cursos de aperfeiçoamento e especialização, realizados em seqüência à graduação, com objetivo técnico-profissional específico, sem, entretanto, abranger o campo do saber e conferir grau acadêmico. Conforme Seidl (1994) esse tipo de pós-graduação foi definida nesse Parecer, da seguinte maneira:

"Uma forma de pós-graduação que poderá auxiliar os profissionais dos mais diferentes segmentos de mercado de trabalho - acadêmico ou não acadêmico - a incorporarem novos avanços e contribuições aos conhecimentos adquiridos na graduação e/ou durante a própria pós-graduação stricto sensu, nas diversas áreas do conhecimento humano" (Seidl, 1994, p. 26).

Em relação a pós-graduação *lato sensu*, observa-se a falta de uma distinção clara entre um curso de especialização e um curso de aperfeiçoamento. De acordo com Oliveira (1995), dada a dificuldade de conceituá-los, há uma tendência simplista de diferenciá-los pela carga horária, isto é, considera-se cursos de aperfeiçoamento aqueles que possuem uma carga horária mínima de 180 horas, enquanto a dos cursos de especialização é de 360 horas. Essa dificuldade fez com que as instituições promotoras e/ou executoras de programas de PGLS os denominassem, via-de-regra, de cursos de especialização.

Também com relação a essa distinção, Gazolla (1996) acrescenta que é muito difícil estabelecer uma tipologia de programas de PGLS, já que a variedade de cursos que adotam a denominação cursos de especialização é enorme.

Para a autora acima citada, há pelo menos três tipos de cursos de especialização sendo oferecidos no país: a) os voltados

para a reciclagem e desenvolvimento de conhecimentos e habilidades técnicas em áreas específicas; b) os voltados para a formação de professores para o magistério superior do sistema federal de ensino, regido pela Resolução nº 12/83 do CFE; e c) a residência médica, esta com normas específicas de funcionamento deliberadas pelos respectivos conselhos representativos da classe médica, destinada a especializar os egressos dos cursos de graduação em Medicina.

Entretanto, Carvalho e Spagnolo (1996) entendem que a semelhança entre a pós-graduação *stricto sensu* e *lato sensu* desaparece, quando analisada a distribuição dos cursos por área de conhecimento. Os autores observam, ainda, que, em termos de grandes áreas, são evidenciadas procura e oferta considerável pela especialização nas áreas da saúde, ciências humanas e ciências sociais aplicadas, enquanto o interesse em outras é visivelmente reduzido, como no caso das ciências biológicas e agrárias.

Para Carvalho e Spagnolo, as modalidades de oferta dos cursos de especialização obedecem a formatos que respeitam os limites do bom senso e da seriedade acadêmica, muito embora a pós-graduação *lato sensu* pareça ser campo ideal para atuação de empresários da área da educação que agem de forma inescrupulosa, visando a negócios rentáveis.

Esses autores abordam, ainda, a imagem negativa, que faz dos cursos de pós-graduação *lato sensu* uma fábrica de certificados de especialistas, está fundada em opiniões que vêem tais cursos como alegres caravanas de acadêmicos de fim-de-semana.

Carvalho e Spagnolo (1996) comentam que o que se percebe na prática é que esses cursos chamam a atenção de profissionais que já atuam no mercado de trabalho ou que nele procuram inserir-se, encontrando na pós-graduação *lato sensu* horários e períodos que atendem as suas necessidades.

Outro fator importante, que atrai uma numerosa clientela para a pós-graduação *lato sensu*, é o tipo de seleção para o acesso à mesma, onde o rigor mostra-se não ser tão alto. Entretanto, há cursos de especialização que têm como requisitos para ingresso uma prova de conhecimentos, entrevistas e análise de currículo.

Carvalho e Spagnolo (1996) destacam que boa parte dos cursos de pós-graduação *lato sensu* não possui caráter permanente, como é o caso dos cursos de mestrado e de doutorado, sendo oferecidos de forma esporádica, de acordo com a demanda ou atendendo a necessidades específicas.

Analisando esses dois autores, percebe-se que a pós-graduação *lato sensu* tem encontrado terreno mais fértil para a sua expansão em instituições do setor privado, preferencialmente nas instituições isoladas, enquanto os programas de mestrado e doutorado teriam sido privilegiados pelas instituições públicas, sobretudo as universidades.

Além disso, os autores acima, observam que os cursos de especialização proliferaram notadamente nas instituições onde não há cursos de mestrado, constituindo-se uma etapa importante para implantação da pós-graduação plena.

Diante do contexto abordado e embora se reconheça a importância da pós-graduação *lato sensu* para muitas categorias

profissionais, imagina-se procedente avaliar sua estrutura, sua utilidade e sua qualidade.

3. O PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Neste capítulo são apresentados alguns conteúdos teóricos como a retrospectiva histórica da avaliação Institucional em universidades brasileiras, bem como os critérios e indicadores para a avaliação que permitiram o desenvolvimento do objeto de estudo pretendido nesta pesquisa.

3.1 HISTÓRICA DA AVALIAÇÃO NA UNIVERSIDADE

Ao fazer a retrospectiva histórica da avaliação institucional de caráter universitário, Cunha (1998) se destaca ao esclarecer que a avaliação tem se caracterizado como um modelo social em que seus segmentos humanos, permanentemente, buscam a descoberta e o domínio do saber.

Cunha (1998) esclarece que o projeto avaliativo da universidade em princípio não pode ser diferente daquele conhecido como avaliação “dominadora”, visto que ela se processou em função da constante interferência das elites dominantes na busca de se apropriarem ideologicamente do conhecimento produzido nas instituições de ensino superior, desde a implantação das primeiras escolas superiores do país, limitando e cerceando o caminho da democratização destas instituições. Essa apropriação, desde o início, aconteceu por meio de atos legais e de mecanismos de controle das ações acadêmicas e

administrativas derivadas do trabalho desenvolvido nas universidades.

Também fazendo referência à avaliação dominadora, Schwartzman (1992), aborda a característica de dominação impressa na avaliação institucional das universidades brasileiras que nasciam de uma demanda ao ensino superior, ou seja, para o estudante, a obtenção de um título universitário, assegurava seu acesso a posições bem remuneradas que, na realidade, já haviam sido garantidas antes mesmo do seu ingresso nas faculdades, por sua origem social privilegiada.

Um movimento contrário a essa situação ocorreu no Brasil no final da década de 50 e pode ser explicado por dois fatores simultâneos. O primeiro foi o surgimento, no interior das principais universidades do país, de um grupo muito reduzido de professores dedicados de forma integral ao trabalho universitário e que passaram a contribuir como elementos de pressão para a mudança. O segundo diz respeito a ativação do movimento estudantil, acrescenta Schwartzman (1992).

Entre as décadas de 50 e 60, a existência de uma ideologia de modernização e racionalização do ensino superior do país parece ter dado, por algum tempo, conteúdo e direção às críticas que os estudantes dirigiam às suas instituições. Os focos das críticas então observados eram o elitismo, o imobilismo e o conservadorismo político e intelectual da maioria de seus professores.

Ainda nos estudos de Schwartzman (1992), identifica-se que, a partir dos anos 60, o ensino superior do país começa a ser pensado mais seriamente. Nesse período, foi introduzido o ciclo básico como forma de dar aos estudantes uma formação geral

antes da especialização profissional e foi abolida a cátedra, que foi substituída pelo sistema colegiado de departamento.

Também com relação aos anos 60, Carvalho e Spagnolo (1996) registram o fato de que, durante a década de 60 e no início da década de 70, verificou-se no Brasil uma grande expansão do ensino superior, merecendo destaque, a institucionalização da pós-graduação, que, até então, era pouco difundida.

Diante dessa expansão surge a necessidade de avaliar o ensino oferecido. De maneira geral, Worthen (1974) define avaliação como um julgamento de mérito que serve tanto para fundamentar como para controlar a tomada de decisão, objetivando melhorar cada vez mais a qualidade do objeto avaliado.

Com relação ao ensino, Belloni (1995) aborda que avaliação institucional em educação busca ser um instrumento para o aprimoramento da gestão acadêmica e administrativa, tanto das instituições quanto dos sistemas educacionais, com vistas à melhoria da qualidade e de sua relevância social.

Na visão de Robbins (1991), a avaliação pode ser entendida como um processo de monitoramento de atividades para determinar se as unidades individuais e a própria organização estão utilizando os recursos de forma eficaz e eficiente, facilitando o alcance dos objetivos.

Contrários à visão de Robbins (1991), Dias Sobrinho e Ristoff (2000) abordam que a avaliação não é uma simples prestação de contas, controle da eficiência institucional, nem tampouco mera medida do rendimento de estudantes. Para esses autores a avaliação não é instrumento de dominação e controle,

mas mecanismo de conhecimento, compreensão e melhora da instituição e de seus agentes.

Corroborando com Dias Sobrinho (2000) com relação à avaliação como controle, Belloni (1995) frisa que a avaliação do ensino superior tem sido regulamentada, em geral, via decretos e portarias, destinando-se à normatização das funções de supervisão e controle próprias do poder executivo.

Para a autora, antes mesmo da aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB, o Governo desencadeou a formulação e implementação de diretrizes sobre avaliação. Inicia-se com a Lei 9131/95 que, de certo modo, dá as bases sistemáticas de avaliação ainda vigente, uma vez que não foi alterada pela LDB/96, que determina que o MEC realizará avaliações periódicas das instituições e dos cursos de nível superior, fazendo uso de procedimentos e critérios abrangentes dos diversos fatores que determinam a qualidade e a eficiência das atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Dentre as diferentes formas de abordagem conceitual da avaliação institucional, é em Aguilar *et ali* (1994), que se encontra uma definição que abrange o pensamento dos diversos autores até aqui citados:

“A avaliação é uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida; destinada a identificar, obter e proporcionar, de maneira válida e confiável, dados e informações suficientes e relevantes para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa (tanto na fase de diagnóstico, quanto na de programação ou execução), ou componentes de um conjunto de atividades específicas que se realizam, foram realizadas ou se realizarão. O processo de avaliação tem o propósito de produzir efeitos e resultados concretos; comprovada a extensão e o grau em que se deram as conquistas, de forma tal que sirva de base ou guia para a decisão racional e inteligente entre cursos de ação, ou

para solucionar problemas e promover o conhecimento e a compreensão dos fatores associados ao êxito ou ao fracasso de seus resultados.” (AGUILAR, 1994, p. 31-2).

Os autores constataam, portanto, que a avaliação apresenta diversos significados, ora ampliando, ora restringindo sua abrangência, de acordo com os objetivos aos quais se destina.

A avaliação das universidades brasileiras parece encontrar-se estabelecida em termos de experimentação, no qual observa-se a busca de uma metodologia de investigação capaz de relacionar vários aspectos que envolvam o desempenho das instituições de ensino no exercício da função social a qual se destinam.

Firme (1999), chama atenção para a abordagem da quarta geração da avaliação, trata-se de uma evolução do conceito de avaliação, sendo essa uma abordagem madura que vai além da ciência porque capta aspectos humanos, políticos, sociais, culturais e éticos envolvidos no processo.

Para a autora em questão, tal enfoque difere substancialmente da avaliação mais convencional em que os passos são previamente ordenados, as questões são *a priori* estabelecidas e todo o processo se desenrola em função desse ordenamento.

A partir disso, identifica-se que as universidades brasileiras estão passando por um processo de avaliação institucional que parece não levar em consideração questões regionais e locais, não respeitando os aspectos sociais, econômicos e políticos que contextualizam tais instituições, ou

seja, a quarta geração da avaliação, abordada por Firme (1999), está longe daquele processo de avaliação feito pelo MEC (graduação) ou pela CAPES (pós-graduação).

As instituições de ensino superior acham-se em estágio de busca de seu papel de adaptação, de proposição, de participação nas mudanças sociais, econômicas e políticas e supõe-se que adotando uma postura pró-ativa essas instituições passam a perceber as suas funções e os seus desafios.

Com relação à educação, torna-se necessário ressaltar que, segundo Belloni (1995), trata-se de instrumento social, político e econômico, não para produzir, de forma isolada, a mudança social, mas para servir de instrumento para que os sujeitos sociais sejam sujeitos do processo de mudança.

O saber científico e o popular, o universal e o regional são produtos da humanidade e é princípio democrático fundamental que todos tenham pleno acesso a eles.

A autora acima defende a tese de que é possível desenvolver um sistema de avaliação que vise ao aperfeiçoamento da qualidade da educação – isto é, do ensino, da aprendizagem, da pesquisa e da gestão institucional – com a finalidade de transformar a escola atual em uma instituição comprometida com a democratização do conhecimento e da educação, assim como com a transformação da sociedade. Esse é o papel ou a função social da avaliação e é necessário aprender como implementá-la.

Dias Sobrinho (*apud* Belloni, 1995) aborda que a avaliação é mais do que apenas um debate técnico ou metodológico, ou um conjunto de critérios para credenciamento

ou “ranqueamento” de instituições de ensino superior. Ela implica um “empreendimento ético e político”.

Para Goergen (2000), a avaliação não se restringe apenas à mensuração da performance relativa às funções tradicionais de pesquisar, ensinar e prestar serviços, mas envolve também a existência e a identidade da universidade.

O mesmo autor entende que a avaliação é uma iniciativa de falar e de pensar a universidade com conceitos e noções que transbordam o conceito acadêmico.

Logo, a avaliação vista por esta ótica antecede a sua operacionalização, refere-se ao sentido, ao rumo da universidade, pois trata de um debate muito mais radical porque o que está em jogo, observa o autor, não é apenas a performance que, pode ser lida, em certa medida, como uma resistência conservadora por meio da permanente adaptação às novas exigências sociais, está em jogo, também, a sua própria razão de ser.

Tal como Goergen (2000), Coelho (1999) aborda que é necessário questionar como a universidade, o espírito acadêmico, a avaliação e a qualidade são entendidas, como são explicitamente assumidas ou implicitamente se encontram na base dos discursos e práticas daqueles que a operacionalizam.

A universidade, sem cair na lógica do mercado, é capaz de superar seus limites institucionais, os ritos, a burocratização, a lentidão frequentemente excessiva, a ideologização e partidarização do acadêmico, o democratismo e o corporativismo, logo ela é capaz de avaliar-se a si própria.

Nesse sentido, a discussão da avaliação é encaminhada de modo diferente, dependendo da concepção, do trabalho e do

compromisso que se tem com a construção, ou não, da universidade enquanto coisa pública, conforme Coelho (1999).

Ristoff *et al* (1993) citam que para avaliação interna ou auto-avaliação institucional, ela se pauta em procedimentos como organizar, analisar, descrever, interpretar e avaliar os dados a partir das fontes de informações que já possui, por exemplo: planos departamentais, projetos, resoluções e outros que vierem a instituir como seminários, fóruns, consulta à comunidade externa, avaliação dos docentes pelos discentes, questionários aplicados a egressos, entre outros, tendo sempre em vista os objetivos esperados a que se propõe à universidade.

Os mesmos autores relacionam os objetivos esperados, a partir da auto-avaliação da seguinte forma:

- a) perceba quais são os seus pontos fortes e fracos;
- b) perceba com clareza a direção que pretende seguir no futuro e suas implicações;
- c) reavalie as metas até então estabelecidas e entenda por que algumas puderam ser alcançadas e outras não;
- d) estude a sua eficiência enquanto instituição educacional de ensino, pesquisa e extensão;
- e) passe a planejar o seu futuro a partir de uma análise minuciosa do ambiente interno e externo e de suas potencialidades reais;
- f) sistematize e reveja as suas políticas, suas práticas e procedimentos acadêmicos e administrativos e
- g) firme, junto com a comunidade universitária, os valores que devem nortear a instituição como um todo.

Os autores citados acima comentam que a proposta de avaliação institucional do MEC, em andamento nas instituições de ensino superior, privilegia um enfoque predominante no ensino de graduação. Constatam, com isso, o estágio embrionário em que se encontra a prática da avaliação universitária enquanto processo global e que decorre de alguns critérios e indicadores previamente determinados, que objetivam uma uniformidade nos elementos a serem julgados.

Diante da visão de Ristoff *et al* (1993), tem-se que o rápido check-up da instituição é realizado por meio de elementos indicadores extraído da análise do corpo docente, da investigação científica, da biblioteca, do corpo discente, dos egressos, dos investimentos, salários e/ou carga horária, números de publicações, prestação de serviços e computadores. Esse modelo utilizado pelo MEC visa tão somente analisar rendimentos, não aprofundando a questão da qualidade em toda a sua extensão. Observa-se, então, uma grande tendência de explicar o ensino superior unicamente pelos aspectos quantitativos.

Para esses autores as múltiplas formas de avaliação formam parte da ação cotidiana do sistema educativo e suas origens provavelmente coincidem com o início das próprias universidades.

Quando Sguissard (1999) faz sua análise sobre a avaliação institucional, demonstra que avaliar o ensino superior é preciso e urgente, mas é necessário saber de que avaliação se está falando. O autor ressalta que, para a avaliação do ensino superior, impõe-se de antemão o exercício da crítica às diferentes propostas de avaliação, nesta época de tantos apelos e

urgências fundadas em princípios e em conceitos tidos como universais.

Há alguns princípios, parâmetros ou critérios para avaliar o processo de avaliação do ensino superior, sendo necessário buscar respostas para questões tais como: a) o que de fato fundamenta e justifica a avaliação? b) para que serve a avaliação? c) quais as principais questões que têm sido levantadas diante das propostas de avaliação de iniciativa oficial e, mais recentemente, também de iniciativa de organismos ligados a entidades empresariais privadas? Conforme Sguissardi (1999).

Concordando com o autor acima, Leite e Bordas (1994) apontam que as decisões sobre o sentido e a condução da avaliação institucional das universidades dizem respeito ao que e ao como avaliar frente à tensão instalada entre duas lógicas que orientam o processo avaliativo: a lógica reguladora e a lógica emancipadora.

Leite e Bordas (1994) afirmam que essas duas lógicas vêm presidindo à discussão e à ação avaliativa, desenvolvidas no complexo campo da estremecida relação Estado-Universidade-Sociedade.

As mesmas autoras esclarecem essas lógicas que orientam o processo avaliativo como sendo aquela seguida pelo Estado, que tem na avaliação de resultados ou de produtos, na combinação quantitativo/qualitativo e, na comparatividade sua via própria de sentido e desenvolvimento de critérios.

Quanto à lógica emancipadora o objetivo da análise é a instituição universitária, *locus* privilegiado da produção e da didática do conhecimento de mais alto nível.

Na ótica de Dias Sobrinho (1997), enquanto realidade concreta, a avaliação jamais será neutra, pois valores, conceitos, métodos, divergências e interesses pessoais, corporativos e sociais mais amplos estarão sempre presentes quando se discutir e se fizer a avaliação.

A avaliação não é tarefa para os que têm medo de ir além das aparências e de buscar o sentido e a gênese da universidade que aí está.

Também não é tarefa para os que se acomodaram diante dos problemas, das dificuldades e preferem lamentar a falta de verbas, o descompromisso do Estado para com a educação pública, as crises da instituição, a terem que se comprometer com o pensamento e romperem com o velho, o corporativismo da vida universitária, Dias Sobrinho (1997).

Ao abordar a ética e o comprometimento, Coelho (1999) explica que não é de se espantar que as resistências à avaliação nas instituições de ensino superior, sobretudo nas instituições públicas, sejam maiores do que nas organizações empresariais. Nestas organizações, continua o autor, busca-se acima de tudo eficiência, a produtividade e o lucro. Os processos são, em geral, previamente definidos, uniformes, devendo ser executados com fidelidade e prontidão.

No caso da medicina, especificamente, parece haver a necessidade de se instituir algo disciplinarmente novo no espaço hospitalar, que se acople à necessidade da prática médica.

Leite (1997) descreve como são articuladas as lógicas da profissão liberal no interior do curso de medicina:

“a lógica do profissionalismo – conferida pela busca do título universitário;

*a lógica da produtividade – formação com o menor custo e o menor tempo;
a lógica do mercado – necessidades dos equipamentos e das tecnologias mais recentes, mais sofisticados e “de primeiro mundo”;
a lógica do individualismo – apropriação individual e solitária do conhecimento;
a lógica da competitividade – estar à frente dos demais e junto ao mestre de maior prestígio;
a lógica da especialização – com a fragmentação do conhecimento e a verticalização dos currículos.”
(LEITE,1997, p.18)*

Ao focar as lógicas que orientam a profissão médica, Leite (1997) comenta que é necessário pensar em romper com tais estruturas que dominam a organização curricular. Na visão da autora, quando o médico trabalha orientado por essas lógicas, a sua competência técnica é desafiada e, como consequência, institucionaliza-se a improvisação e o descaso com as queixas dos doentes, ou seja, a ordenação de todas essas lógicas dos currículos formais e ocultos é feita também sobre o corpo humano.

Diante disso, surge a necessidade de se descrever o perfil das escolas médicas brasileiras e identificar um método de análise capaz de explicar as relações entre algumas variáveis dessa escola que determinem a adequação e a qualidade do médico formado.

Segundo Firme (1999), não se podem perder de vista as dificuldades de formulação de indicadores para se avaliar a instituição universitária, dadas as características que as tornam atípicas em relação às outras organizações, parece que, no caso das universidades, a definição e a construção de indicadores para avaliação exigem um trabalho conceitual e metodológico para validação dos mesmos.

Entende-se que as universidades para se enquadrarem na abordagem da quarta geração de avaliação, elas necessitam assumir com coragem a autocrítica, e a auto-avaliação, revendo suas dificuldades e seus problemas. Isso tudo pode acontecer sem que a universidade renuncie a características peculiares que a diferenciam racionalmente falando de qualquer outra organização inventada pela humanidade.

Como base estratégica para a melhoria da qualidade, alicerçada na autocrítica do cumprimento de suas funções, a avaliação é hoje uma necessidade compartilhada por boa parte das instituições de ensino superior no país.

No Brasil, a pós-graduação foi o segmento do ensino onde se realizaram as primeiras práticas de avaliação do ensino superior. Em 1976, foi realizada a primeira avaliação dos programas de mestrado e doutorado do país, desenvolvidos em universidades públicas e privadas, por comissões organizadas pela Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior – CAPES.

Coube à União assegurar o processo nacional de avaliação do rendimento escolar no ensino superior, objetivando a definição de prioridades e a melhoria da qualidade do ensino.

Também, Coube à União assegurar o processo nacional de avaliação das instituições de educação superior. Os procedimentos para a avaliação dos cursos e das instituições de ensino superior foram estabelecidos pelo Ministério da Educação e Cultura – MEC, entretanto, coube ao Conselho Nacional de Educação deliberar sobre os relatórios encaminhados pelo Ministério.

O processo de avaliação do ensino superior no Brasil compreende os seguintes procedimentos: análise dos principais indicadores de desempenho global do sistema nacional de ensino superior, por região e unidade da federação, segundo as áreas de conhecimento e o tipo ou natureza das instituições de ensino; avaliação do desempenho individual das instituições de ensino superior, compreendendo todas as funções: ensino, pesquisa e extensão.

Popham (1977) procura explicitar nesse contexto a avaliação como o julgamento de valor de uma iniciativa educacional, que pode ser feito através de um currículo, um curso ou um procedimento de ensino.

Nesse contexto, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), vinculada ao Ministério da Educação e Desporto (MEC), iniciou o processo de acompanhamento e avaliação da pós-graduação no país. Assim, Carvalho e Spagnolo (1996) ressaltam que o processo de avaliação veio sendo consolidado gradativamente na comunidade acadêmica das instituições de ensino superior do país.

Pode-se afirmar que as primeiras experiências de avaliação no Brasil foram iniciadas pela CAPES, em 1977, nos programas de mestrado e doutorado.

Ressalta-se que, a partir de 1980, diante do crescimento das matrículas ocorrido no período anterior, surgiu uma preocupação com a qualidade de ensino.

A preocupação com a avaliação motivou também a CAPES a iniciar em 1983 o Programa de Avaliação da Reforma Universitária, registrada por Martins (1987).

Em meados de 1986, o Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB) assumiu, em sua reunião anual, a questão da Avaliação de Desempenho como um compromisso social das universidades. Entre as intenções do MEC, proclamadas na reunião do CRUB, e o desencadeamento do processo, um ano se passou e somente em setembro de 1987, a partir do Encontro Internacional sobre Avaliação do Ensino Superior, a Secretaria de Ensino Superior – SESU/MEC foi designada para coordenar uma programação de estudos e debates sobre avaliação, conforme Martins (1987).

Para Neiva (1989), a avaliação individual das instituições de ensino superior deverá ser conduzida por comissões externa à instituição, especialmente designada pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação.

O autor esclarece que esta comissão deve considerar, entre outros os seguintes aspectos: eficiência das atividades-meio em relação aos objetivos da instituição; adequação dos currículos dos cursos de graduação, inserção da instituição na comunidade local e regional; produção científica, cultural e tecnológica.

Ainda em Neiva (1989), a avaliação institucional definida como um processo que apresenta duas fases: uma que aponta falhas ou distorções, demonstrando insatisfatória expressão de qualidade, entendida pela autora como avaliação negativa e outra que revela acertos e sucessos com dimensões de qualidade e desempenho, ou seja, avaliação positiva.

Corroborando com a definição acima, Dias Sobrinho (1993) observa que a avaliação da universidade vem sendo definida como um instrumento necessário para promover a

melhoria do ensino, desenvolver a produção científica e melhorar as atividades administrativas. Avaliação, nessa perspectiva, é compreendida pelo autor como o ato em que se faz sempre algum tipo de apreciação ou estimativa ou julgamento de valor de algum fenômeno ou uma apreciação do mérito dos empreendimentos educacionais.

Outra forma de definir a avaliação é identificá-la como um instrumento que vai além de um relatório diagnóstico, como um processo que sirva de orientação às atividades institucionais e, inclusive, de seus objetivos. Portanto, conceber a avaliação como um instrumento de ação política que dependa do compromisso institucional é a explicitação de Freitas (1995).

A autora, ainda, define avaliação institucional como uma maneira de estimular o aprimoramento de uma atividade, evitando que a rotina descaracterize os objetivos e finalidades desta mesma atividade.

Em 1993, reconhecendo a necessidade de incentivar, orientar, e estabelecer critérios comuns para a avaliação do ensino superior, a Associação Nacional de Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES), por meio de uma comissão composta por representantes das diversas instituições de ensino superior do país, elaborou uma Proposta Nacional de Avaliação que, coordenada pela SESU, findou por institucionalizar o Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras – PAIUB, que tem o objetivo de fornecer apoio técnico e financeiro aos processos de avaliação nas instituições de ensino superior registra Freitas (1995). Com a criação do PAIUB alguns avanços importantes foram registrados:

“a criação de um comitê assessor, composto de especialistas na área, responsáveis pela análise e

seleção dos projetos, segundo critérios de qualidade técnica e de interesse para uma posterior avaliação global;
a definição de um conjunto de variáveis e indicadores que deveriam subsidiar os processos de avaliação;
estabelecimento de orientações metodológicas para subsidiar a elaboração e a execução dos projetos de avaliação a serem desenvolvidos.” (FREITAS, 1995, p.25)

No mesmo ano de criação do PAIUB, foram encaminhadas ao MEC 71 propostas de avaliação institucional. Em 1994, 55 projetos foram aprovados, consolidando assim as primeiras iniciativas de avaliação institucional nas universidades brasileiras.

Nesse caminhar evolutivo, Cunha (1998) explicita que a avaliação da qualidade do sistema educativo verifica a adequação dos conteúdos curriculares dos distintos ciclos, níveis e regimes especiais às necessidades sociais e às demandas sociais da comunidade, assim como a aprendizagem dos alunos e a qualidade da formação docente.

Ademais, a comissão também deve levar em conta a auto-avaliação da instituição, a avaliação dos cursos realizada pelas comissões de especialistas, os resultados dos exames nacionais dos cursos de graduação e a avaliação da pós-graduação.

Cunha (1998) também aborda o Exame Nacional de Cursos de Graduação (O Provão), este foi o primeiro procedimento de avaliação a ser parcialmente instituído e tem como objetivo aferir os conhecimentos e competências adquiridas pelos os alunos em fase de conclusão de cursos de graduação.

A realização do Exame Nacional é facultativa para os alunos, mas prestá-lo é condição para obtenção do diploma, sendo que no histórico escolar de cada concluinte constará apenas o registro da data em que ele se submeteu ao exame, não constando o resultado obtido.

Para a elaboração das provas, o Ministério da Educação constitui uma comissão para cada curso, composta por até dez pessoas, mediante cooptação, de modo que esteja garantida a representação do Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, dos conselhos federais e das associações nacionais de ensino das profissões regulamentadas.

Para Cunha (1998), atuam também, no processo de elaboração das provas as comissões de especialistas da Secretaria de Ensino Superior, do próprio ministério, constituída por área do conhecimento, as mesmas que colaboram nos trâmites de autorização de cursos novos, mediante a elaboração de relatórios sobre cada solicitação.

As críticas aos Programas de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras recaem sobre a composição das comissões de avaliação de certas áreas do conhecimento e sobre a excessiva ênfase nas dimensões quantitativas do processo, o que tem levado à adoção de critérios progressivamente mais qualitativos.

Dias (1993) enfatiza que o PAIUB foi recebido com grande desconfiança pela comunidade acadêmica, em especial pelos sindicatos dos docentes e funcionários das universidades, pois estes temiam que a avaliação privilegiasse as dimensões quantitativas, favorecendo às instituições dotadas de mais recursos humanos e materiais. A autora enfatiza que se temia,

ainda, que os parâmetros não levassem em conta os diferentes contextos sociais e econômicos no Brasil.

Para Ristoff (1999), outro estudioso do assunto, ao comentar sobre o PAIUB, ressalta que a qualidade da universidade brasileira depende de um programa de avaliação teoricamente consistente e democraticamente construído.

Para o autor acima citado, a concepção do PAIUB deveria ser norteada por sete princípios, sendo eles os seguintes:

“Princípio da globalidade: expressa primeiramente a noção de que é necessário avaliarmos a instituição não só a partir de uma das suas atividades. ensino, a pesquisa, a extensão, a administração, a biblioteca, os registros escolares, as livrarias universitárias, os serviços, a organização do poder, o ambiente físico, o espírito e as tendências da vida acadêmica, enfim, todos os elementos que compõem a vida universitária devem fazer parte da avaliação para que a mesma seja a mais completa possível. valor que se busca com a avaliação não pode ser absolutizado a partir de indicadores parciais, por melhor que seja a metodologia utilizada, ou por concepções interpretativas que enrijeçam perspectivas;

Princípio da comparabilidade: o PAIUB não tem por objetivo promover “ranqueamento”. A idéia é a da comparabilidade, sentido de buscar-se uma uniformidade básica de metodologia de indicadores. A verdade é que quando se fala em “aluno” não se fala do mesmo conceito nem da mesma unidade dentro da instituição e esta diferenciação aumenta, das demais instituições de norte a sul do país;

Princípio à identidade institucional: este princípio busca contemplar as características próprias da instituição e visualizá-las no contexto das inúmeras diferenças existentes no país. Este princípio, na concepção do autor associa à metodologia proposta pela auto-avaliação, como estágio inicial da avaliação, possibilita que as instituições reflitam honestamente no que são e no que pretendem ser, ou seja, que reflitam sobre a sua identidade, antes de serem submetidas à avaliação propriamente dita – a avaliação externa;

Princípio da não punição ou premiação: a partir das discussões da Comissão Nacional e do Comitê Assessor o processo de avaliação não deve estar vinculado a mecanismos de punição ou premiação. Este princípio segundo o autor leva à reflexão de que antes de punir ou premiar, avaliar é importante para impulsionar um

processo criativo de autocrítica, avaliar é importante para conhecer como se realizam e se inter-relacionam as tarefas acadêmicas em suas dimensões de ensino, pesquisa, extensão e administração, avaliar é uma forma de restabelecer compromissos com a sociedade, avaliar é importante para repensar objetivos, modos de atuação e resultados, avaliar é estudar, propor e implementar mudanças no cotidiano das atividades acadêmicas, avaliar para poder planejar e avaliar para evoluir;

Princípio da adesão voluntária: a idéia é de vencer convencendo e não impondo.;

Princípio da legitimidade: a adesão voluntária garante legitimidade técnica, e esta se expressa principalmente de duas maneiras: (1) uma metodologia capaz de garantir a construção de indicadores adequados, acompanhados de uma abordagem analítica-interpretativa capaz de dar significado às informações; e (2) na construção de informações fidedignas, em espaço de tempo capaz de ser absorvido pela comunidade universitária;

Princípio da continuidade: a continuidade permitirá a comparabilidade dos dados de um determinado momento a outro, revelando o grau d eficácia das medidas adotadas a partir dos resultados obtidos. Em função deste princípio, o PAIUB prevê a reavaliação como etapa posterior à avaliação externa.” (RISTOFF, 1999, p.21-2)

Ristoff (1999), lembra que o PAIUB foi um projeto produzido a muitas mãos, demorada e cuidadosamente construído, em um trabalho de parceria sem precedente da história da educação superior brasileira.

O mesmo autor comenta que, apesar das críticas que o PAIUB tem sofrido, a verdade é que ele continua vivo e presente em mais de 100 universidades brasileiras, públicas, comunitárias e privadas.

Para os defensores da autonomia universitária, a avaliação, como foi desenhada, é vista como uma intromissão indevida do Estado.

Nesse contexto, as universidades são lançadas num regime de competição, ficando a cargo do Estado o

monitoramento, garantindo regras e avaliando o produto das instituições.

Como base estratégica para a melhoria da qualidade, alicerçada na autocrítica do cumprimento de suas funções, a avaliação é hoje uma necessidade compartilhada por boa parte das instituições de ensino superior no país.

Vale salientar que a avaliação do ensino superior nos países sul-americanos encontrou um campo mais fértil no Brasil. Na Argentina foi muito criticada a montagem de um sistema de avaliação comum às universidades nacionais, às universidades privadas e às unidades menores de ensino superior, ainda que a execução pudesse ser conduzida separadamente.

Para os dirigentes, professores e alunos do ensino superior argentino, a uniformidade do método de análise resultaria na criação de diferenças, que culminariam num método de distribuição de estímulos financeiros, o que foi considerado inadequado, principalmente, por causa dos critérios de eficiência e competitividade, não compartilhados pela maioria das universidades mantidas pelo governo daquele país.

Para Cunha (1998), Brasil e Argentina tiveram, provavelmente, a mesma fonte de inspiração ou de reforço para a montagem de seus mecanismos de avaliação – o Banco Mundial e seus relatórios, específicos para cada país, recomendando tornar o ensino superior mais responsável, em especial nas universidades públicas.

Ressalta o autor que no Brasil, a presença dessa agência financeira internacional foi menos ostensiva devido ao protecionismo de atores nacionais que, desde meados dos anos

80, defendiam a adoção de tais mecanismos, especialmente nas universidades públicas.

Na Argentina, em função da tradição da autonomia universitária, a aceitação da avaliação controlada pelo Estado foi mais traumática.

No Brasil, os alvos mais visados pela avaliação foram, em ordem crescente, o controle das universidades federais, o favorecimento do crescimento das universidades comunitárias e o controle da qualidade das instituições privadas.

Na Argentina, em ordem decrescente, os alvos foram o controle das universidades nacionais e o incentivo ao crescimento das universidades privadas. Entretanto, em nenhum dos dois países isso foi explicitado.

Em ambos os países, os mecanismos de avaliação foram projetados para serem acionados diretamente por agentes externos às instituições de ensino superior. Esses países conferem poder de avaliação do ensino superior às autoridades estaduais/provinciais. No Brasil deverão ser avaliadas universidades estaduais e municipais; na Argentina, as instituições de ensino superior não-universitárias, públicas e privadas, é que serão avaliadas pelos governos provinciais e pela Municipalidade da Cidade de Buenos Aires.

Vale ressaltar, ainda, que em nível de Mercosul e conforme Belloni (1995) a avaliação institucional, enquanto idéia e prática, é uma realidade essencialmente complexa e múltipla (interna e externa, auto-avaliação e hetero-avaliação), surge apenas nos regimes democráticos, até como forma de controle democrático das instituições e dos indivíduos.

Entretanto, para essa autora, avaliação somente é democrática quando todos os que a realizam o fizerem de forma crítica, rigorosa, isenta, autônoma, ética, socialmente comprometida e numa perspectiva acadêmica, livre de ingerência de critérios políticos, de controles ideológicos e de toda e qualquer forma de premiação ou castigo.

Diante desse contexto, é importante investigar critérios e indicadores formulados para avaliação.

3.2 CRITÉRIOS E INDICADORES FORMULADOS PARA A AVALIAÇÃO

O processo de avaliação, em sua operacionalização, mostra critérios e indicadores que foram estudados e previamente determinados objetivando uma uniformidade nos elementos a serem julgados.

O atendimento e alcance desses critérios e/ou indicadores, pré-estabelecidos, apontam para a maior ou menor presença da qualidade nas organizações.

Para Bormans *et al* (1987), um indicador é um fenômeno empírico que representa qualidade teórica e difere de uma variável porque pode ser constituído por uma combinação de variáveis. Salientam, ainda, que o indicador adquire seu verdadeiro sentido ao concretizar sua operacionalização, já que isso implica em um processo de tradução das qualidades teóricas pretendidas.

Cuenin (1986) analisando os resultados de uma pesquisa realizada pela Organización para la Cooperación y el Desarrollo-

Economico (OECD), classificou os indicadores em três grupos, de acordo com o grau de informação que transmitem:

Indicadores Simples: são aqueles que se expressam geralmente na forma de números absolutos com o objetivo de representar uma descrição neutra de um processo;

Indicadores de Desempenho: decorrem de um ponto de referência que pode ser um padrão, um objetivo ou uma situação comparável;

Indicadores Gerais: obtidos quase sempre fora da instituição na forma de opiniões, resultados de pesquisa e/ou dados estatísticos gerais. (CUENIN, 1986, p.19)

Um outro modelo de indicadores foi organizado por Lindo (1991), que reuniu aspectos que permitem um *check up* para diagnosticar rapidamente o estado de uma universidade, utilizando os seguintes indicadores: docente, pesquisa, bibliotecas, alunos, egressos, investimentos, salários, números de publicações, prestação de serviço, computadores, entre outros dados.

Entretanto, o modelo visa, tão somente, a analisar rendimento, não aprofundando a questão da qualidade em toda sua extensão. Segundo o autor, para uma análise mais completa da instituição, é preciso que sejam acrescentados ao processo de avaliação aspectos referentes às especificidades do contexto em investigação.

Bergquist e Armstrong (1986) elaboraram critérios para avaliar a qualidade de programas educacionais a partir dos seguintes aspectos: atratividades, benefícios, congruência, diferenciação, efetividade, funcionalidade e ritmo da produção. Os autores criticam, ainda, a tendência de explicar o ensino superior tão somente pelos aspectos quantitativos.

Ristoff (1993) entende que, para uma instituição de ensino superior desempenhar as suas funções, há necessidade de que o seu quadro docente seja adequado, tanto na sua qualificação, como na sua dimensão.

Da mesma forma o autor esclarece que, para a instituição de ensino superior desempenhar bem suas funções, deve ter um corpo técnico-administrativo, um corpo discente, cursos, currículos e programas adequados em dimensão e qualidade.

Ristoff (1993) apresenta alguns aspectos que podem ser tomados como eficientes indicadores de qualidade:

“A) Com relação aos professores:

- 1. Regime de trabalho dos professores;*
- 2. Qualificação acadêmica (distribuição do corpo docente por titulação);*
- 3. Horas de ensino, pesquisa, extensão e administração por professor e critérios para a alocação das mesmas;*
- 4. Esforço institucional para a formação pedagógica do corpo docente;*
- 5. Produtividade do corpo docente (trabalhos publicados, teses orientadas e defendidas, participação em congressos, seminários e simpósios)*
- 6. Critérios de seleção e progressão do corpo docente;*
- 7. Relação professor /aluno por disciplina;*
- 8. Capacitação do professor para a disciplina;*
- 9. Engajamento do corpo docente em linhas de pesquisa claramente definidas pela instituição;*
- 10. Avaliação do desempenho dos alunos;*
- 11. Índices de aprovação e reprovação dos alunos;*
- 12. Percentual de professores substitutos;*
- 13. Política para a formação pedagógica de professores e alunos de pós-graduação;*
- 14. Critérios bem definidos para a distribuição da carga horária.*

B) Com relação ao pessoal técnico-administrativo:

- 1. Política de progressão e qualificação dos servidores e sua adequação aos objetivos expressos;*
- 2. Política de seleção e sua compatibilidade com as necessidades da instituição;*
- 3. Regras do processo de seleção e recrutamento;*
- 4. Disponibilidade de pessoal qualificado para atendimento à comunidade acadêmica.*

C) Com relação ao corpo discente:

1. *Existência de programa que estimulem a participação do aluno no processo de aprendizagem;*
 2. *Participação do aluno em atividades de pesquisa;*
 3. *Participação dos alunos nos processos de avaliação dos cursos;*
 4. *Participação dos alunos em diretórios acadêmicos, segundo política institucional claramente definida e respeitada;*
 5. *Participação efetiva dos alunos nos órgãos colegiados da instituição;*
 6. *Existência de política clara sobre direitos e deveres dos alunos;*
 7. *Política de envolvimento de alunos em programas de monitoria;*
 8. *Condições de saúde, lazer, alimentação e moradia;*
 9. *Política de apoio à participação discente em eventos científicos, eventos culturais e eventos artístico;*
 10. *Índices de utilização da biblioteca;*
 11. *Programas de recepção e orientação aos alunos calouros.*
- D) *Com relação aos cursos, currículos e programas:*
1. *Demanda por vagas no vestibular;*
 2. *Vestibular transparente e confiável;*
 3. *Taxa de emprego para os graduados;*
 4. *Tempo médio para integralizar o curso;*
 5. *Custo por aluno;*
 6. *Atualidade do currículo;*
 7. *Política de orientação acadêmica;*
 8. *Relação do currículo do curso com o profissional pretendido;*
 9. *Política e oportunidades de estágio;*
 10. *Grau de especialização das disciplinas;*
 11. *Articulação vertical e horizontal dos currículos;*
 12. *Compromisso do curso com a formação do cidadão;*
 13. *Número de egressos;*
 14. *Política de participação dos egressos na avaliação de cursos, currículos e programas;*
 15. *Participação da comunidade externa na avaliação do profissional formado pelo curso;*
 16. *Existência de política de jubramento claramente definida.” (RISTOFF, 1993, p.62-6)*

A breve revisão na literatura sobre o processo de formulação de critérios evidencia as dificuldades em relação à criação de indicadores para avaliar uma organização. No caso das instituições de ensino superior, dada as suas características que as tornam atípicas em relação às demais organizações, conforme aponta Baldrige (1983), a definição e a construção de

indicadores exigem todo um trabalho conceitual e metodológico para a validação dos mesmos.

Assim sendo, adotou-se como referência para o presente estudo, o conjunto de indicadores estabelecidos no sistema de Avaliação da CAPES, já consolidado e legitimado pelos segmentos que compõem a pós-graduação brasileira.

3.3 A CAPES

A criação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, no ano de 1951, pelo Ministério da Educação e Cultura, veio consolidar o espaço reivindicado pelos cientistas nas universidades, mediante patrocínio de programas voltados para a qualificação de pessoal de nível superior.

A partir da CAPES, são delineadas as primeiras iniciativas para a estruturação da pós-graduação, já que coube à mesma a formulação da Política Nacional de Pós-Graduação no país. De acordo com Carvalho e Spagnolo (1996, p. 2), *“após estudar várias experiências de outros países, notadamente dos Estados Unidos, pioneiros na avaliação de programas de pós graduação, a CAPES partiu para sua própria experiência”*.

No período de 1983 a 1986, a CAPES desenvolveu um programa de avaliação da Reforma Universitária, objetivando obter subsídios concretos e pertinentes para formular alternativas para melhoria do ensino superior no país, através da coleta de dados descritivos e de opiniões de dirigentes, professores e alunos de trinta e duas instituições de ensino superior. Em

seguida, vários eventos foram promovidos em torno da questão da avaliação das universidades por diversas entidades envolvidas com o sistema educacional. O resultado de todo esse processo permitiu à CAPES criar, implantar e aperfeiçoar seu modelo de acompanhamento e avaliação da pós-graduação brasileira, estabelecendo indicadores que, na medida do possível, foram incorporados às críticas e às sugestões levantadas. Isso propiciou a manutenção desses indicadores como os mais utilizados, a título de referência, na maior parte das universidades e, conseqüentemente, nos estudos pertinentes à área educacional.

A princípio, a avaliação da CAPES surgiu com o objetivo de aperfeiçoar os meios de concessão de auxílio financeiro à pós-graduação, especificamente através das bolsas de estudos. Com o desenvolvimento do instrumental utilizado, esse objetivo foi ampliado e, hoje, traduz-se como norteador de políticas de apoio, financiamento e credenciamento da pós-graduação no Brasil, conforme se interpreta em Martins (1987).

O sistema começou a ser implantado em 1975, como integrante do I Plano Nacional de Pós-Graduação, que detectara, na época, a tendência de um grande crescimento da pós-graduação no país e a necessidade de criação de mecanismos para assegurar a qualidade dos cursos existentes e daqueles que viessem a surgir.

Para Ristoff (1993), o processo de avaliação como um todo se caracteriza por sua realização fora dos programas de pós-graduação, por docentes e pesquisadores pertencentes aos mesmos e substituídos periodicamente entre si. Sua operacionalização se faz através de informações coletadas

anualmente, por meio de formulários padronizados e relatórios de visitas.

O autor acima aborda que os indicadores estabelecidos e utilizados pela CAPES nos processos de avaliação dos cursos de pós-graduação são basicamente os seguintes:

“a) Em relação ao corpo docente:

- 1. Dimensão do corpo docente permanente, observada em relação ao número de alunos do curso e de disciplinas oferecidas;*
- 2. Qualificação do corpo docente permanente, considerada em relação à atitude e à experiência na área;*
- 3. Composição do corpo docente, segundo suas especialidades, de forma a atender às necessidades das áreas oferecidas pelos cursos;*
- 4. Dedicção do corpo docente permanente;*
- 5. Situação do curso em relação a professores visitantes e participantes;*
- 6. Dependência de orientados em tempo parcial;*
- 7. Relação orientando-orientador.*

b) Em relação às atividades de pesquisa:

- 1. Relevância na área do conhecimento;*
- 2. Coerência com a proposta do curso;*
- 3. Adequação da qualidade ao corpo docente e discente.*

c) Em relação à produção docente:

- 1. Qualidade do veículo de divulgação;*
- 2. Quantidade e regularidade;*
- 3. Distribuição por docente;*
- 4. Vinculação com a proposta do curso.*

d) Em relação à estrutura curricular:

- 1. Suficiência e regularidade das atividades de ensino desenvolvidas;*
- 2. Adequação e coerência do elenco de disciplinas ou de atividades realizadas, em relação à proposta do curso e ao nível de mestrado e/ou doutorado.*

e) Em relação do corpo discente:

- 1. Produção de dissertações, teses e outras publicações;*
- 2. Fluxo do alunado e tempo médio de titulação.”*
(RISTOFF, 1993, p. 48-9)

Dantas (1998) relata que a medicina, sendo uma das profissões mais antigas do mundo, tem, gerado séculos afora,

grandes discussões sobre o seu objeto de estudo e de como viabilizar a formação de novos profissionais.

Para obter formação médica, na atualidade, indivíduos com formação educacional geral adquirem conhecimentos específicos tornando-se técnica e juridicamente aptos a exercer a profissão.

Para Dantas (1998) avaliar o ensino médico é uma área de conhecimento que, se a uma primeira aproximação parece ser algo de médicos para médicos, na verdade, constitui-se numa rica e abrangente área de conhecimento na qual está presente o saber da área da educação, como avaliação, processo didático-pedagógico, da área de sociologia nas discussões políticas e mercado de trabalho e da própria área médica, que constitui o objeto de formação.

Analisando-se, ainda, a autora acima citada, identifica-se que os processos de avaliação do ensino médico vinham se dando isoladamente em várias instituições de ensino superior no país, resultado de questionamentos sobre a inadequação na formação do médico.

Porém, somente em 1991, foi criada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM, a partir da preocupação do Conselho Federal de Medicina, que buscou, juntamente com outras instituições da área, desenvolver uma análise sistemática desse tema.

Conforme Dantas (1998), o CINAEM teve como objetivo, com relação aos alunos: avaliar a qualificação cognitiva dos médicos formados pelas Escolas Médicas do Brasil e identificar a relação dessa avaliação com fatores inerentes à escola médica de origem, ao tipo de acompanhamento dado ao

formando durante os décimo primeiro e décimo segundo semestres do curso médico e as características locais e regionais onde se insira a escola de origem.

Com relação aos professores: avaliar a formação dos recursos humanos das Escolas Médicas Brasileiras e algumas de suas características, bem como testar sua associação com o desempenho desses recursos humanos em termos de ensino, pesquisa, extensão e atividades administrativas na vida universitária.

Com relação ao modelo pedagógico: avaliar o modelo pedagógico das Escolas Médicas Brasileiras e, a partir de sua realidade, estimar e subsidiar os autores envolvidos para a superação dos problemas identificados em direção a uma situação objeto, que se articule a um novo paradigma educacional. Partindo do pressuposto que o paradigma educacional atual não dá conta das necessidades que estão colocadas para a formação do médico.

Segundo Firme (1999), se faz necessário, entre os estudiosos e interessados pela avaliação, o exercício pleno da capacidade crítica, porque tendências, que são avanços, e tendenciosidade, que são retrocessos, convivem na teoria, e na prática.

Conforme Dantas (1998) no Brasil, tradicionalmente, a avaliação de estudantes de medicina costuma restringir-se ao espaço focalizado na disciplina. As avaliações mais globais geralmente ocorrem após a formatura, quando uma grande proporção dos novos médicos submete-se a um novo exame vestibular para o ingresso em cursos de residência médica.

Os cursos de residência médica ocorrem no espaço denominado de Hospitais conveniados com as Escolas e/ou nos próprios Hospitais de ensino conhecidos como universitários.

4. HOSPITAIS DE ENSINO

Para se fazer abordagem sobre as organizações denominadas de hospitais de ensino, é necessário retornar um pouco a sua trajetória, iniciando com os conceitos e função dos hospitais.

O hospital é um dos componentes do organismo assistencial da sociedade, onde, de acordo com Ribeiro (1970), não é uma unidade isolada, e destina-se por sua própria natureza a prestar atendimento médico-hospitalar e complementar àqueles que o procuram.

A palavra hospital deriva do latim *hospitalum*, ou seja, lugar onde se hospedam pessoas, conforme Barquin (1979).

Os primeiros hospitais, propriamente ditos, apareceram no século IV. Um dos primeiros de que se tem notícia é o da Ostia, nos arredores de Roma, construído no ano 400. Posteriormente, outros surgiram em diferentes regiões da Itália, tais como, Milão, Florença, Pádua e Palermo. Já no ano de 542, Childeberto I, rei dos francos, fundou um dos primeiros hospitais Hôtel Dieu, sendo posto em funcionamento no ano de 652 o famoso Hospital Hôtel Dieu de Paris (Barquin, 1979).

Também ao fazer uma retrospectiva sobre as instituições hospitalares, Ribeiro (1970), em seus relatos aponta que, na Idade Média os Hospitais adquirem novos contornos e missões. O hospital ligado ao mosteiro de Pantocrator, em Constantinopla (1136), o do Cairo (1283) e o de Bagdá são parecidos. Este

último já possuía uma equipe médica permanente e servia de escola.

Ribeiro (1970), ainda, comenta que nesse mesmo período o império islâmico tinha 34 hospitais com características semelhantes entre si e bastante distintas dos hospitais europeus que permaneciam com sua missão essencialmente espiritual, dando atendimento religioso e socorrendo, gratuitamente, os doentes moribundos.

Desde o seu surgimento, o hospital vem ocupando um lugar de grande importância nos meios sociais. O hospital que, a princípio, foi um lugar de asilo, onde, como uma dentre as tantas manifestações do Cristianismo, se exercia a caridade, era quase sempre erguido nos arredores das igrejas, servindo como asilo para pobres, tendo, portanto, na Igreja um de seus maiores patrocinadores, conforme Ribeiro (1970).

Na busca de mais informações sobre a origem dos hospitais, vê-se que para Antunes (1991) o termo hospital, designando instituição de atenção aos doentes, surgiu em decorrência de uma determinação do Concílio de Aocheu, traduzindo-se para o latim o termo grego *Nosokhomeion*, passando os estabelecimentos a ser edificadas junto às dioceses e conventos sob a designação de *Hospitalis Pauperum*.

Para o autor em questão, a transformação dessas instituições religiosas para instituições públicas ocorreu, segundo o autor, a partir dos séculos XII e XIII, quando começaram a prestar serviços de Assistência social, geridos pela iniciativa não religiosa. Essa conversão foi favorecida pelo surgimento de uma burguesia urbana dedicada à pequena indústria, ao artesanato e às atividades mercantis que

revigoraram as cidades, favorecendo a construção de novos hospitais.

Assim, a exemplo de Barquin (1979), Antunes (1991) também apresenta um pequeno histórico dos hospitais edificados durante a Idade Média, sendo unânime em afirmar que a grande riqueza que os mosteiros puderam reunir foi fator primordial para a expansão da rede hospitalar na Idade Média. Entre os mais significativos hospitais estão os da Ordem de Nossa Senhora do Monte Carmelo (século III), Ordem de São Basílio (século IV), Ordem de São Bento (século VI), Santa Escolástica (século VI) e Ordem de Clunty (de 910 até o século XIV). Antunes (1991) aborda que a Ordem dos Irmãos Hospitalários de Santo Antão deu origem à criação dos hospitais gerais da era moderna.

O advento do Renascimento repercutiu nos hospitais, impondo-lhes novos parâmetros e alterando sua forma de inserção na vida urbana. Esses estabelecimentos experimentaram, assim, as modificações que revestiriam o seu estatuto moderno.

Um dos primeiros reflexos da transferência dos cuidados com a saúde do clero para a iniciativa privada é a questão financeira. A responsabilidade do clero passou a ser apenas a de levar aos doentes hospitalizados o conforto espiritual.

No início, de acordo com Antunes (1991), a grande preocupação do poder público foi sobrepujar a Igreja, mantendo-a em posição subordinada.

Entretanto, essa transição de poder, segundo o autor, foi responsável pelo fato de os hospitais gerais da Idade Moderna, ao contrário do que ocorreu com outros modelos hospitalares do passado, não chegarem a adquirir uma feição institucional tão estável quanto aquela desfrutada anteriormente.

Ribeiro (1970), com as devidas ressalvas, aponta que as trajetórias política e social do hospital europeu tiveram continuidade nas colônias.

A presença e a intervenção do Estado no hospital colonial é, porém, bastante modesta. Esse autor comenta que, no continente americano, por exemplo, a iniciativa de construir, dirigir e sustentar o hospital é da própria comunidade. O Estado se serve do hospital para o seu pessoal militar ou no curso das epidemias. Certamente tal hospital absorve modos de ser do seu predecessor europeu, mas ganha outras características por força de situações absolutamente novas. O meio ambiente é outro, as cidades mal começaram a existir, proliferam doenças desconhecidas ou “tropicais”. Os médicos raros, a economia é extrativa e o trabalho predominantemente escravo.

Foucault (1981), refutava a tese de que o hospital tivesse qualquer função terapêutica na sua origem, uma vez que sempre existiram duas séries paralelas no cuidado de pessoas: uma série médica, cujos cuidados eram exercidos em espaço não hospitalar, nas casas; e uma série hospitalar, onde a acolhida e disciplina da pobreza e das anomalias humanas eram administradas.

Com aquelas visitas se inicia a era do hospital como dispositivo de cuidado médico, e passando a produzir efeitos patológicos, esses deveriam ser corrigidos para que o hospital seguisse a exercer suas funções disciplinadoras no combate à pobreza e à marginalidade presentes nos espaços urbanos, agregando desde então a nobre função de tratar e conceder alívio aos que iriam morrer.

Para Pitta (1990), as idas e vindas na história servem apenas para reforçar o caráter religioso e caritativo das práticas hospitalares, que, apesar de submetidas às outras regras no modo de produção capitalista, mantêm até os dias atuais características ambíguas entre uma mítica religiosa/caritativa e as regras gerais de mercado típicas das formas de organização das sociedades concretas.

Ao abordar o hospital contemporâneo, Schultz (1979) diz que os hospitais estão dentre as mais complexas e dinâmicas instituições de nossa sociedade.

O hospital que emerge neste século ainda é um lugar de internação de pobres, embora todos reconhecidamente doentes e carecendo de cuidados médicos. Pessoas ricas e remediadas passaram a usá-lo, somente após a sensível queda da mortalidade por infecção intra-hospitalar e à medida que alojamentos diferenciados vieram a serem instalados.

Para Pitta (1990), as diferentes funções que os hospitais têm desempenhado ao longo da história dificultaram, em muito, a tarefa dos que buscam entender o processo de trabalho hospitalar como um corpo de práticas institucionais articuladas às demais práticas sociais numa dada sociedade e submetido a determinadas regras históricas, econômicas e políticas.

Para Ribeiro (1970), a socialização do uso do hospital se deve ao aumento crescente das patologias de causação externa e violenta e ao adensamento urbano, conseqüência do processo de industrialização. Seus procedimentos terapêuticos, clínicos ou cirúrgicos, no entanto, continuam bastante limitados nas quatro primeiras décadas deste século.

Assistência médico-hospitalar se universaliza, é tornada socialmente obrigatória e progressivamente mais cara, e a clientela do hospital continua sendo, em sua maioria, de pobres, mas são milhões de trabalhadores adoecidos e acidentados.

Percebe-se com isso que o hospital contemporâneo não apenas é uma instituição que evoluiu, é muito mais, é uma instituição nova. Suas missões são outras, embora resguardadas algumas que as precederam. Mudaram suas características, suas finalidades, sua administração, seus objetivos, seus instrumentos e processos de trabalho. O elemento mais constante dessa trajetória tem sido o homem que sofre e morre.

Mamani (1993) aponta que, com a produção industrial de medicamentos quimioterápicos e de equipamentos, os hospitais passam a adquirir as características e as novas missões próprias do momento contemporâneo.

A Organização Mundial de Saúde – OMS, conforme Mamani (1993), definiu, em 1956, o hospital como:

“Uma parte integrante de uma organização médica e social cuja função é prover uma completa assistência de saúde à população de caráter curativo e preventivo cujo serviço atinge a família e seu meio ambiente” (MAMANI, 1993, p.12).

Ainda em Mamani (1993), são identificadas as funções do hospital padronizadas pela Organização Mundial de Saúde como sendo: Restaurativa; Preventiva; Ensino; Pesquisa.

Ribeiro (1970), por sua vez, define o hospital como sendo "uma instituição destinada a internar, para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitam de assistência médica diária e de cuidados constantes de enfermagem" (RIBEIRO, 1970, p.25)

Ainda, conforme Ribeiro (1970) Os hospitais são classificados em dois tipos:

Hospital Geral, destinado a internar pacientes de várias especialidades, podendo, porém, ter sua ação limitada a um grupo etário (hospital infantil), a um determinado grupo da comunidade (hospital militar, hospital previdenciário) ou como na presente proposta de estudo, hospital de ensino.

Hospital Especializado, destinado a internar pacientes, predominantemente em uma especialidade.

Alguns autores, como Lima-Gonçalves (1983), ao analisarem os hospitais como organizações complexas, não se referem somente à complexidade inerente à sofisticada tecnologia que seu funcionamento exige e supõe.

Segundo esse autor, a complexidade dos hospitais deriva do fato de serem um tipo muito peculiar de organizações prestadoras de serviço, cujos integrantes convivem diretamente com problemas e dificuldades de outras pessoas, com seu sofrimento, sua dor e sua morte. Diante dessa complexidade, Ribeiro (1970) aborda a necessidade de instruir adequadamente todo o pessoal.

Lima-Gonçalves (1983) afirma que a análise da sociedade contemporânea revela que o papel ocupado pelos hospitais vem se expandindo, por necessitarem de uma reação dinâmica às exigências de um meio ambiente em constante mudança. Como consequência, surge a necessidade dessas organizações desenvolverem sistemas administrativos e psicossociais, voltados ao alcance de seus objetivos. No Brasil, os hospitais de grande porte desenvolvem quatro funções básicas: funções externas, internas, participação em programas comunitários e integração ativa do hospital no sistema de saúde.

Para o autor acima, as funções externas seriam aquelas atividades voltadas às pessoas externas em forma de benefícios, ao passo que as internas surgem sobretudo longe do contexto das grandes cidades brasileiras e se relacionam com as tarefas assistenciais de natureza curativa desempenhadas pelos hospitais tradicionais.

Já a participação em programas de natureza comunitária se expressa quando o hospital procura atingir o contexto sócio-familiar dos doentes que atende.

Cabe salientar que os hospitais, principalmente os das grandes cidades, não têm interesse em desenvolver atividades desse tipo. Por sua vez, a função de integração ativa do hospital, no sistema de saúde, permite que os hospitais ampliem a capacitação de seus próprios profissionais, de todos os níveis e categorias, contribuindo para a formação dos integrantes da chamada Equipe de Saúde.

4.1. OS HOSPITAIS DE ENSINO

O primeiro hospital no Brasil que se prestou a ser campo de atuação de ensino da medicina foi o hospital militar da cidade de Salvador onde, em 1808, por carta régia, D. João, Príncipe Regente, criou a Escola de Cirurgia.

Padilha (1996) diz que o conceito de hospital de ensino médico evolui muito como decorrência do próprio avanço do conhecimento das ciências da saúde e da educação médica.

O autor também aborda que, em 1984, o Ministério da Educação e Cultura (MEC), através da Portaria MEC 447, de 29 de outubro, estabeleceu a seguinte conceituação para os hospitais de ensino:

*“a) Hospital universitário: hospital de propriedade das universidades públicas ou privadas, ou a ela vinculados em regime de comodato, devidamente registrado;
b) Hospital escola: hospital de propriedade das escolas médicas isoladas, também públicas ou privadas;
c) Hospitais auxiliares de ensino: hospitais que são de propriedade ou de escolas médicas, nos quais, entretanto, são desenvolvidos programas de treinamento em serviço de curso de graduação ou de pós-graduação da área de saúde;
d) Hospital próprio da rede federal do MEC: hospital de propriedade de universidades federais ou de escolas médicas isoladas federais;
e) Hospitais de ensino: hospitais que além de prestarem assistência sanitária à população, executam atividades relacionadas à formação de recursos humanos para o setor da saúde.” (PADILHA, 1996, p. 43)*

Para Padilha (1996), o hospital de ensino médico é aquela instituição perfeitamente organizada e aparelhada em pessoal e material que se destina a receber estudantes de medicina, a fim de que eles possam adquirir os hábitos e princípios de educação médica, e onde o corpo docente pode, perfeitamente integrado, realizar pesquisa e desenvolver a investigação clínica.

O papel assistencial dos hospitais nos dias de hoje, é, sem dúvida, ponto fundamental para a garantia de vida saudável da sociedade. Tal papel assistencial, todavia, tende a ser examinado mais de perto quando essas organizações não satisfazem ou alcançam os objetivos a que se destinam.

Antunes (1991) afirma que desde a Antigüidade as instituições hospitalares e as atividades médicas se desenvolveram de forma autônoma e independente.

No início da Idade Contemporânea, no entanto, médicos e unidades hospitalares partiram para uma associação quase que integral, com os médicos assumindo um lugar de destaque técnico e administrativo nessas organizações.

Com isso, o hospital passou a ser concebido como um lugar ideal para a constituição de unidades ainda menores, especialmente preparadas para internar cada paciente de acordo com a sua doença.

Para Antunes (1991), essa mudança rumo à especialização clínica conferiu ao hospital o seu certificado de contemporaneidade.

Gerges (1992) abordou a questão do desenvolvimento tecnológico nos hospitais dizendo que, em toda a sua história antiga, os rudimentares conhecimentos tecnológicos limitavam as atividades daquelas organizações ao simples cuidado do doente. Quando a autora faz referência aos hospitais gerais contemporâneos, entretanto, destaca que, nos hospitais de hoje, é evidente que a equipe médica é a principal fonte de tecnologia.

Nesse contexto, Kast e Rosenzweig (apud Gerges, 1992) citam o fato de que o desenvolvimento da tecnologia médica introduziu mudanças de fundamental importância nas metas, na estrutura e em outros componentes da organização hospitalar.

Entretanto, mesmo com os avanços tecnológicos conquistados pelos hospitais contemporâneos, no caso do Brasil, não apenas a saúde da população vai mal, como pior ainda, encontra-se a saúde gerencial das unidades que compõem o complexo hospitalar público brasileiro. Tal deficiência manifesta-se, basicamente, em termos de recursos humanos e econômicos.

Contudo, para amenizar essa deficiência do setor de saúde, ou melhor, do setor público de saúde, surgem os hospitais universitários, na medida em que estas unidades têm como

finalidade principal preparar alunos de áreas afins para a prática da Assistência à saúde.

Segundo Siqueira (apud Gerges,1993), o hospital-escola é um hospital geral, destinado a constituir um centro de coordenação e integração do serviço médico-hospitalar de uma área, utilizado por escolas de Ciências da Saúde como centro de formação profissional.

Para Padilha (1996), a educação médica, tradicionalmente, visava à preparação tecno-científica do aluno para o exercício médico liberal, prática profissional dominante até meados da década dos anos 60.

O ensino médico centrava-se em uma prática discente eminentemente hospitalar, situada quer em hospital universitário quer em hospital assistencial comunitário.

Com as transformações na prática médicas, tornou-se evidente a necessidade de adequar o ensino à realidade, isto é, preparar o aluno para as condições de trabalho profissional que ele iria encontrar no futuro, permitindo a elaboração de uma visão crítica a respeito das mesmas.

Para Fraga Filho (1990), a contribuição dos hospitais de ensino ao sistema de saúde transcende às considerações de ordem doutrinária. O autor entende que essa contribuição se traduz pelo forte contingente de recursos humanos de boa qualidade disponível nos hospitais universitários, pelo número de leitos oferecidos, pela capacidade de atendimento nos ambulatórios e pelo diferencial do equipamento científico-tecnológico.

Os hospitais universitários constituem macrossistemas de atenção médica, que compreendem diversas partes, isto é, as clínicas como microssistemas e que necessitam de outros

subsistemas interdependentes, subsistemas estes ligados às áreas das ciências humanas, da tecnologia e das disciplinas que integram a ciência das demais profissões que constituem essa atividade assistencial voltada à saúde.

Observa-se, então, que essa integração se opera num hospital inserido em um contexto educacional, no caso a Universidade.

Quando inseridos num contexto universitário e sem uma autonomia definida, os hospitais universitários, como também os demais hospitais da rede pública, enfrentam determinados problemas, relacionados em grande parte com a questão do seu financiamento.

Ao abordar o financiamento dos hospitais universitários (o financiamento da Assistência, do ensino, da pesquisa e da Extensão), Fraga Filho (1990) se posiciona contra o pagamento integral, por parte do MEC, do ensino realizado dentro dos hospitais universitários. O autor afirma, ainda, que o custeio das elevadas despesas dos hospitais universitários não deve onerar exclusivamente o Ministério da Educação, pois, embora integre uma Universidade Federal e sirva à preparação de recursos humanos para saúde, esses hospitais atuam também como prestadores de serviços de saúde.

Percebe-se, assim, a necessidade de uma certa autonomia, no sentido de que os hospitais universitários possam buscar alternativas de financiamento diferentes daquelas preconizadas pelo Ministério da Educação ou pelo Ministério da Saúde.

Diante do exposto, admite-se que o Hospital Universitário permaneça sob a gestão da Universidade,

conferindo-lhe esta, através do sistema de delegações, o máximo de facilidade para as tarefas de sua operação.

O financiamento dos hospitais universitários mereceria uma pesquisa à parte, visto que hoje existe uma discussão sobre o fato de a Assistência à saúde estar sendo financiada pelo Ministério da Educação e de o ensino nos hospitais universitários estar sendo financiado pelo Ministério da Saúde.

Lima Neto (1983), ao proferir palestra no VII Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas, abordou a questão dos hospitais universitários.

Segundo ele, apesar de todos os desvios assistencialistas, os hospitais universitários são a fonte de um importante papel assistencial que a Universidade desenvolve para a população e, apesar das críticas que envolvem o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, os hospitais universitários continuam sendo os maiores centros de formação de recursos humanos na área da saúde.

Schpaiber (1980) divide a educação médica em dois momentos, expressos na existência da escola e do hospital.

Enquanto local de prática de educação, os hospitais universitários se valem de inúmeras clínicas, uma grande força de trabalho (médicos, enfermeiros e pessoal técnico-administrativo) e de tecnologia de ponta.

A elaboração e transmissão do saber médico (teoria e prática) são, portanto, realizados e definidos nas práticas hospitalares.

A autora diz que a escola médica, inserida no modo de produção capitalista, é recriada a partir do hospital, ou seja,

neste modo de produção as práticas hospitalares assumem as especificidades das práticas escolares, caracterizando o hospital como escola, constituindo-se assim o hospital-escola.

O hospital-escola é, assim, o local apropriado para a realização e descobrimento de novos procedimentos que expressam a reorganização do trabalho na área da saúde.

Importante salientar que em um hospital-escola ou os hospitais universitários parece residir o fato desses serem, ao mesmo tempo, campo de ensino médico e hospitais gerais ligados ao Sistema de Saúde vigente no País.

Assim sendo, sugerem dois momentos distintos de produção, o primeiro desenvolvido por médicos-professores e alunos, caracterizando produção de saúde via extensão universitária, e o segundo, desenvolvido por médicos contratados, que não se envolvem com o ensino e que produzem saúde via assistencialismo.

Fraga Filho (1990) comenta que do hospital universitário sempre se esperou que tivesse as características de hospital geral, organizado de acordo com técnicas idôneas de administração, altamente diferenciado, equipado em condições de imprimir qualidade científica aos diagnósticos e aos tratamentos destinado a formar profissionais em níveis de graduação e pós-graduação, capaz de atender patologias complexas e realizar investigações de caráter clínico.

Segundo Padilha (1996), o Hospital universitário deverá representar a base de uma rede regional de unidades de saúde em que se associam instituições diferentes, cada qual conservando suas atribuições e autonomia, porém, atuando de maneira coordenada e ligada por um mecanismo eficiente de

comunicação. O hospital exercerá sobre as outras unidades a influência de órgão mais diferenciado e estará ligado, por um sistema de referência, a outras regiões.

Fraga Filho (1990) defende, como ponto fundamental, a harmonia das metas do hospital universitário - ensino, pesquisa e assistência, chamando atenção para a necessidade de o hospital universitário encontrar equilíbrio entre dois objetivos fundamentais da Universidade (o ensino e a pesquisa) e as exigências de saúde da comunidade.

Só que as metas da Universidade relacionam-se com as funções de ensino, pesquisa e extensão.

A extensão deixou de ser assistencialista com a implantação da Reforma Universitária de 1968. Por estar vinculado a uma universidade, o hospital universitário apresenta as condições adequadas para harmonizar as funções de ensino e pesquisa.

Para Campos (1995), 86% da carga horária dos estágios práticos dos cursos médicos se desenvolvem dentro de hospitais universitários, são estes, pois os espaços que compõem o denominado “internato” das faculdades. Durante quase toda a fase de formação clínica, incluindo a de internato, os alunos são treinados dentro dos denominados hospitais universitários. Algumas escolas têm estágios em centros de saúde, ou em modalidades de serviços do Sistema Único de Saúde; mas, seguramente, pode-se afirmar que peso qualitativo e quantitativo da participação deste último na composição curricular é muito pequeno.

Para Campos (1999), embora haja sensíveis distinções entre as localidades, os hospitais universitários possuem serviços estruturados para tender casos complexos.

Segundo o autor, deveriam esses hospitais ocupar o ápice da pirâmide de um sistema hierarquizado, constituindo o nível terciário da atenção.

O autor, ainda, entende que a lógica que os estrutura é a da especialização, sempre que possível, priorizando trabalhar com uma certa fase do processo saúde-doença, tendendo assumir casos de difíceis diagnóstico ou tratamento; o que, progressivamente, iria dificultando ao aluno acompanhar tanto o comum prevalente em cada região.

Segundo Campos (1999), para darem conta de sua missão, esses hospitais estariam obrigados a operar com alta e veloz incorporação de tecnologia e com importante grau de fragmentação do processo de trabalho entre dezenas de especialidades. Assim, quase todos esses hospitais universitários têm o mesmo desenho organizacional: estando divididos em tantos serviços, quantos são as especialidades médicas, o que complica bastante qualquer integração do ensino clínico.

Ainda se baseando no autor acima referido, em quase todos os serviços de um hospital universitário ocorre um enfraquecimento das equipes mais generalistas; os pediatras, internistas ou cirurgiões são deslocados por professores envolvidos com aspectos muito específicos das Clínicas.

Em consequência, tanto o atendimento quanto o ensino perdem seus eixos integradores, compartimentalizando-se em esferas privadas com pequena integração entre si.

Para o autor em questão, o quarto ano de medicina transformou-se em um pot-pourri de mini cursos, procedendo-se a uma divisão dos estágios entre dezenas de especialidades que pouco dialogam entre si. Cada uma das, segundo o autor, estrutura-se segundo uma lógica inadequada.

Ao estruturar cursos, esses professores-especialistas procedem como se todos os alunos fossem ser especialistas naquela área.

A questão sobre o que um médico geral ou de qualquer outra especialidade necessitaria saber sobre o tema não é a lógica que preside a construção dos conteúdos do estágio e da abordagem teórica.

O papel assistencial dos hospitais parece ser ponto fundamental para garantia de vida saudável da sociedade. Acredita-se, porém, que esse papel tende a ser examinado mais de perto quando começam a surgir deficiências no setor de saúde.

Fraga Filho (apud São Thiago, 1983) diz que não se deve ensinar medicina sem educar para seu exercício. Um hospital universitário viria minimizar dificuldades como Assistência e ensino médicos, já que a maior parte de sua clientela estaria concentrada no previdenciário e os exemplos decorrentes do atendimento dessa massa poderiam servir ao ensino dos futuros médicos e demais profissionais de saúde.

Conforme o autor acima, para a instalação de um hospital em uma universidade é necessário, pelo menos, que se estabeleça uma Comissão Especial, composta por representantes dos corpos docente, discente e técnico-administrativo e do

Departamento de Engenharia e Arquitetura, e que estes idealizem um Hospital com as seguintes características:

1) Ser um hospital de clínicas, completo onde se desenvolvem todas as atividades do ensino médico e, em parte, outras profissões da Área da Saúde, bem como a formação de pessoal hospitalar de todo o tipo. No modelo de Assistência médica, a atenção ao paciente dominaria todas as demais atividades, o ensino representando, respeitadas as proporções, como que um corolário da perfeição do atendimento.

2) Hospital geral destinado ao ensino, pesquisa, Extensão e Assistência médica em todos os seus níveis, desde o primário, secundário, terciário, até os procedimentos especiais, com ênfase absoluta ao primário, visando à formação do médico geral.

3) Na programação didática, o médico geral deveria ser o tipo de médico a ser formado e a sua especialização seria uma necessidade, deslocada para a pós-graduação e a residência.

Continua o autor, no tocante ao seu funcionamento, deve, via de regra, ser projetado para ser um hospital do tipo regional, com duas atividades básicas: didática e assistencial.

Nesses hospitais atuam grupos multidisciplinares, como o núcleo de avaliação de reações do tipo alérgico a drogas, atendimento aos ostomizados, atendimento aos diabéticos e grupo interdisciplinar de gerontologia.

As atividades de Extensão se desenvolvem, principalmente, nas clínicas de internação, que se dividem em clínica médica, cirúrgica, pediátrica e tocoginecológica.

Quanto aos atendimentos de emergência, este deve envolver, principalmente, os alunos do curso de enfermagem e medicina.

Juntamente com os estagiários, os hospitais universitários como campo prático contam ainda com alunos vinculados a programas de Bolsas de Treinamento e Bolsas de Trabalho.

Os estágios curriculares são compreendidos como formas de Extensão, e são oferecidos, também, a alunos do Curso de medicina e enfermagem de outras instituições que não possuem hospital de ensino, alunos dos cursos de farmácia, psicologia, nutrição, serviço social e atingindo também alunos dos cursos de residência médica.

5. A RESIDÊNCIA MÉDICA

A tendência para a especialização médica está presente de forma universal nos países ocidentais. Segundo Pierantoni (1994), designa-se por especialista todo o médico que se dedica a um campo limitado da prática profissional. O crescimento e desenvolvimento da ciência e da tecnologia aplicada ao campo da saúde, nas últimas décadas, fizeram multiplicar especialidades, criando ainda as subespecialidades ou superespecialidades.

O autor acima diz que o parecer nº 977/65, definiu a pós-graduação *Lato sensu* como cursos de aperfeiçoamento e especialização, realizados em seqüência à graduação, com objetivo técnico-profissional específico, sem, entretanto, abranger o campo do saber e conferir grau acadêmico.

Os cursos de especialização que é, geralmente, patrocinados por escolas médicas vinculadas a instituições públicas ou privadas possuem período de duração de 360 horas, em regime de horário parcial.

A instalação da Residência Médica no Brasil iniciou-se na década de quarenta no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, nitidamente influenciada pelo modelo americano, segundo Pierantoni (1994). A autora segue dizendo que, no primeiro período da Residência Médica que pode ser caracterizado até 1955, são encontradas as definições de

objetivos, implantação e consolidação dos problemas iniciais, sendo que apenas uma pequena parcela dos egressos das escolas médicas procurava esse tipo de especialização.

Posteriormente, em um segundo período, a autora comenta que pode ser observada uma ampliação gradual do número de programas, geralmente em instituições oficiais, isso até mais ou menos 1971.

A partir de 1972, consolidam-se as tendências da prática educacional através da formação profissional em serviços hospitalares no plano de ensino e, no plano de assistência. Isso permitiu que ao lado dos cursos de residência de boa qualidade fossem criados outros de qualidade duvidosa, com o objetivo de aproveitamento de mão-de-obra médica de baixo custo, mais do que um programa de pós-graduação. A residência médica nas instituições hospitalares fez com que a qualidade dos cursos mudasse.

Pierantoni (1994) diz que as mudanças políticas que se operaram na sociedade brasileira e na área de saúde trazem à discussão aspectos qualitativos e quantitativos dos profissionais envolvidos no setor.

Para essa autora os médicos, por sua importância na direcionalidade técnica do processo de trabalho desenvolvido na área da saúde, pela representação de 30% da força de trabalho envolvida no setor, pela formação diversificada nas várias especialidades, demandam reflexões mais específicas que conformam a área de recursos humanos para a saúde no País.

De acordo com a Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, Residência Médica, no Brasil, constitui modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de

especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

O Decreto nº 80.281 de 05 de setembro de 1977 estabelece que os cursos de residência médica terão duração mínima de 1 (um) ano, correspondendo ao mínimo de 1800 (um mil e oitocentos) horas de atividade. Além disso, esse Decreto também criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Os Cursos de residência médica têm como objetivo permitir ao profissional médico recém-formado se aperfeiçoar nos diferentes ramos da atividade médica e tendo como principal característica o treinamento em serviço.

Os cursos de residência médica são organizados de forma a ter de 80 a 90% de sua carga horária destinada a atividades de treinamento em serviços sob supervisão, e o restante da carga horária destinada a atividades didáticas complementares.

Além do treinamento em serviço, os programas compreenderão um mínimo de quatro horas semanais de atividades sob a forma de sessões de atualização, de seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, sempre com a participação ativa do aluno.

A residência médica tem suas normas estabelecidas e orientadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que tem por finalidade, entre outras: credenciar os cursos de residência médica, cujos certificados terão validade nacional; definir as normas gerais que deverão observar os programas de residência em medicina; estabelecer os requisitos mínimos necessários que devem atender às instituições onde serão realizados os programas de

residência e avaliar periodicamente os programas, tendo em vista o desempenho dos mesmos em relação às necessidades de treinamento e assistência à saúde em âmbito nacional.

A escolha em querer ajudar as pessoas, promovendo um campo de relações humanas permeadas por idéias salvacionistas, aponta para uma idealização do exercício da profissão médica como possibilidade de construir uma prática que não imponha limites às possibilidades de poder ajudar as pessoas.

Castrillón (1999) aborda que nas últimas décadas têm ocorrido profundas mudanças nas profissões. Tem-se chamada atenção sobre a crescente perda de autonomia das chamadas profissões liberais, pela perda de controle sobre o produto, a distribuição e o destino final dos serviços que prestam.

Os estudos que tratam de compreender as transformações nas profissões podem ser classificadas em quatro esferas analíticas, conforme Castrillón (1999):

a) proletarização: a partir de uma perspectiva marxista, tem-se assinalado um processo de assalariamento das profissões liberais. Os médicos perderam o controle sobre os currículos de formação, o ingresso de novos médicos, o mercado de trabalho e o processo de trabalho estão fora do controle dos profissionais;

b) Desprofissionalização: determina que a medicina está perdendo progressivamente as características que a levaram a considerá-la a profissão tipo, porque tem surgido, desde há muito tempo, profissões que disputam a clientela dos médicos que reivindicam o monopólio sobre o mercado de trabalho. Esse fenômeno responde a excessiva autonomia do sistema educativo e se associa com a perda de autonomia frente ao monopólio do conhecimento, com a perda de autoridade sobre os pacientes

devido ao crescimento e ao desenvolvimento da informática e da tecnologia e com a invasão de áreas, que no passado foram exclusivas dos médicos;

c) Racionalização: não reconhece a perda de autonomia porque sustenta que o médico mantém o controle sobre os aspectos técnicos do processo de trabalho;

d) Reprofissionalização: esta vertente diz que as mudanças apresentadas nas profissões, responde a um processo mais complexo que a desprofissionalização, no qual as profissões são obrigadas a reconhecer os limites de sua autoridade e aceitar maiores exigências nos padrões de desempenho.

Em suma, os médicos fornecem um serviço e a regulamentação deste serviço deveriam ter características similares as de qualquer outro bem ou serviço oferecidos para a comunidade. A regulamentação dos padrões de atendimento são de competência técnica, responsabilidade profissional e padrões de eficiência. Diante disso, busca-se conhecer indicadores que possibilitem perceber se, no processo de formação do profissional médico, são levados em considerações determinados fatores que permitam apontar a excelência no ensino médico.

6. METODOLOGIA

Neste tópico, apresenta-se o esboço metodológico que orientou o desenvolvimento do estudo proposto.

6.1 PERGUNTAS DA PESQUISA

Considerando que o estudo sobre o desempenho e funcionamento dos cursos de residência médica envolve temas polêmicos como a avaliação e seus indicadores nas instituições de ensino superior no país, optou-se por orientar o processo de investigação mediante a formulação das seguintes perguntas:

- Qual o esboço conceitual da Pós-graduação *Lato sensu* na percepção dos profissionais médicos?
- Qual a importância da Pós-graduação *Lato sensu* na área médica?
- Quais as características da residência médica?
- Com base nos indicadores utilizados pela CAPES para avaliar a pós-graduação *stricto sensu*, quais indicadores, podem ser utilizados para avaliar o desempenho e funcionamento dos cursos de residência médica no Hospital Universitário da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul?

6.2 DELINEAMENTO E PERSPECTIVA DA PESQUISA

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo de caso, realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, tendo como objeto de investigação a Residência Médica. Nessa perspectiva, o *caso* funciona “*como ponto de partida para uma análise que busque o estabelecimento de relações sociais mais amplas de um determinado objeto de estudo*” (Franco, 1986, p. 37).

A opção pelo método de estudo de caso justifica-se pela necessidade de uma análise mais intensiva de organizações reais, já que o acervo bibliográfico existente parece ser escasso.

“Este método procura reunir informações tão numerosas e tão detalhadas quanto possível com vistas a apreender a totalidade de uma situação (...) recorre a técnicas de coleta das informações igualmente variadas e freqüentemente refinadas.” (Bruyne, 1977, p. 225)

Considerando-se a escassez de material bibliográfico sobre o assunto, o estudo caracteriza-se, também, por ser do tipo descritivo-exploratório, possibilitando, assim, um nível de análise que identifique as características do fenômeno, sua ordenação e classificação, podendo preparar o caminho para novos estudos, Bruyne (1977).

A metodologia utilizada para a coleta e o tratamento de dados privilegia a abordagem qualitativa, isso porque esse tipo de abordagem “*preocupa-se em retratar a perspectiva dos participantes*” (Ludke, 1986, p. 13), aqui entendida como fundamental para a compreensão do objeto a ser investigado, ou seja, Residência Médica.

6.3 A ESCOLHA DA INSTITUIÇÃO

O Hospital da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul foi a instituição escolhida para a realização do estudo, uma vez que atendia às condições estipuladas pelo pesquisador, relacionadas a seguir:

- ser uma instituição pública de ensino superior;
- promover e executar cursos de especialização e aperfeiçoamento;
- possuir experiência no desenvolvimento de programas de pós-graduação *Lato sensu*;
- desenvolver cursos de residência médica.

6.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população desta pesquisa foi composta por vinte professores envolvidos com a residência médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Para este trabalho a amostra (sujeitos da pesquisa) foi constituída pelos segmentos docente, selecionados de forma intencional através de critérios que privilegiem alguns fatores considerados relevante para o estudo, garantindo assim, a representatividade necessária ao tipo de amostra utilizado, as especialidades envolvidas na pesquisa foram a Clínica Médica e a Clínica Cirúrgica, ressaltando-se que os acadêmicos, muitas vezes, são acompanhados por médicos assistentes, ou seja,

médicos que não são docentes. Tais profissionais não foram envolvidos na pesquisa como informantes.

Do total dos 20 docentes, apenas 08 (oito) foram apontados como aptos para participarem da pesquisa, 04 (quatro) do Curso de Residência em Clínica Médica e (04) quatro do Curso de Residência em Clínica Cirúrgica e que tinham as seguintes características:

- Pertencer ao quadro de docentes da UFMS, pelo menos, há cinco anos;
- Possuir titulação mínima em nível de especialização;
- Possuir conhecimentos sobre avaliação da pós graduação;
- Ter orientado e/ou acompanhado alunos residentes.

6.5 DADOS: TIPO, COLETA E TRATAMENTO

Para a interpretação e análise do conjunto de dados obtidos, foi utilizada a técnica de triangulação, que, segundo Trivinos (1987), propicia ao pesquisador abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do problema em estudo.

Considerando-se os objetivos da pesquisa e o tipo de abordagem utilizada, a entrevista constitui um instrumento de fundamental importância. Segundo Triviños (1987), a entrevista, além de valorizar a presença do investigador, oferece as perspectivas necessárias para que o informante tenha liberdade e

espontaneidade, o que enriquece o estudo num enfoque qualitativo.

A técnica de entrevista utilizada foi a semi-estruturada, tendo por base um roteiro previamente elaborado, de acordo com as leituras realizadas e consultas a profissionais que atuam na área. Foram utilizados, também, os indicadores de desempenho e funcionamento do sistema de avaliação aplicado pela CAPES para a pós-graduação *stricto sensu* e devidamente adaptados às especificidades dos objetivos da pesquisa.

Quanto aos dados provenientes das fontes secundárias, foram coletados através de relatórios de avaliação, artigos publicados sobre o tema e de documentos publicados pelos órgãos responsáveis pelo ensino superior no país (MEC, CFE, SESU e CAPES), além dos documentos oriundos da própria instituição em estudo. Os entrevistados foram codificados pelas siglas p1, p2, p3, p4, p5, p6, p7 e p8. Cada entrevista durou, em média, uma e meia hora.

Tendo em vista que a presente pesquisa buscou investigar a avaliação dos cursos Residência Médica, a entrevista apresentou-se como um instrumento adequado para tal intento, como sugerem os trabalhos sobre avaliação da qualidade na Holanda e os estudos reputacionais nos Estados Unidos. Rubin e Rubin (1995) afirmam que o propósito da entrevista qualitativa é obter dados ricos para construir “teorias” que descrevam um cenário ou expliquem um fenômeno. Por sua vez, Triviños (1987, p. 140) ressalta que “*a entrevista, ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a*

liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”.

Nessa direção, utilizou-se a entrevista do tipo individual e semi-estruturada definida como aquela que parte de alguns questionamentos básicos que interessam a pesquisa (vide anexo) e que oferecem um amplo campo de interrogativas, fazendo emergir novas perguntas a medida em que surgem as respostas dos informantes. Dada a complexidade e a multidimensionalidade que envolve a questão qualidade nas organizações de ensino superior.

Salienta-se, ainda, que a técnica de entrevistas exige do pesquisador experiência na arte de entrevistar e habilidade no trato das relações humanas. É preciso sensibilidade e paciência, pois nem todo o dia os informantes estão dispostos a responder e mesmo refletir sobre determinado assunto, especialmente aqueles que envolvem certo grau de dificuldade. Por essa razão, o período de coleta prolongou-se muito mais do que o previsto, ou seja, 45 dias, com implicações no tempo necessário para proceder a análise desejada.

Apenas três entrevistas foram gravadas e as outras cinco foram anotadas. O uso do gravador causou algum tipo de constrangimento em cinco participantes. Quanto ao registro das informações coletadas, ficou assegurado sigilo absoluto em relação a identificação dos entrevistados, conforme solicitação de todos. Acredita-se em que esse compromisso assumido propiciou um clima favorável entre o pesquisador e os entrevistados, o que, de certa forma, não minimizaram algumas situações difíceis durante o desenvolvimento deste estudo.

6.6 ESTRUTURAÇÃO DO CONTEÚDO E DA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

O processo de interpretação dos dados primários foi realizado em três etapas: na primeira utilizou-se a técnica de entrevistas (Zanelli, 1992), buscando explicitar, de forma sistematizada e objetiva, o entendimento da Residência Médica, seus componentes e atributos, dentro do contexto dos programas de pós-graduação em investigação, através dos sujeitos que convivem e sentem o objeto em foco. Esse procedimento tem como destacada vantagem facilitar a identificação dos conteúdos de interesse da pesquisa, respeitando a vivência dos participantes.

Assim sendo, a entrevista constituiu não só um instrumento adequado para a coleta de dados sobre um fenômeno complexo, como também sua operacionalização propiciou alcançar informações mais claras sobre os elementos que os configuram, o que finda por facilitar as análises posteriores.

A segunda etapa consistiu em organizar e interpretar todas as informações obtidas através do método de análise de conteúdo, que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando compreender melhor um discurso, aprofundar as características e extrair os momentos mais significativos, mediante procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e de indicadores que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (Bardin, 1977; Richardson, 1985; Triviños, 1987).

Segundo Grawitz (1975), a análise de conteúdo consiste em substituir o impressionismo, dependente das qualidades pessoais do pesquisador, por procedimentos padronizados que tendem, às vezes, a quantificar. Trata-se, portanto, de converter os materiais coletados em dados que possam ser tratados cientificamente.

O referido método possui três características, que permitem um melhor entendimento sobre sua aplicação:

- a objetividade, cujo significado consiste em tornar clara as regras e os procedimentos utilizados em cada etapa do processo de análise;
- a sistematização, que permite a inclusão ou exclusão do conteúdo de um texto de acordo com regras consistentes;
- a inferência, que confere relevância teórica a essa técnica, ou seja, um dado sobre o conteúdo de uma comunicação é sem sentido até que seja relacionado, no mínimo, a outro dado.

Na terceira etapa, com base nos conceitos, objetivos e características apresentadas sobre o método de análise de conteúdo, deu-se início à organização e análise do material coletado.

Foi realizada a transcrição integral dos relatos verbais e ordenadas as anotações feitas durante as entrevistas que não tiveram permissão para gravação. Em seguida codificou-se os referidos relatos, separando-os por entrevistados. Posteriormente procedeu-se uma leitura mais apurada para identificar e destacar os trechos comuns às falas e anotações dos entrevistados visando compor as unidades temáticas (ou de conteúdo).

Ressalta-se que dentre as diversas técnicas de análise de conteúdo, a mais utilizada é a análise por categorias ou temática. Esta se baseia na decodificação de um texto em diversos elementos, os quais são classificados e formam agrupamentos analógicos. Para Franco (1986), esses podem ser estruturados a partir de uma palavra tema ou item denominados de unidades de conteúdo (ou temáticas). Assim, neste trabalho decidiu-se pela organização dos dados por temas e sub-temas específicos, definidos *a priori*, de acordo com os objetivos estabelecidos para a pesquisa.

Essa ordenação possibilitou a classificação temática de todo o material coletado nas entrevistas e sua descrição de forma detalhada para, finalmente, conduzir à análise e discussão dos conteúdos identificados, conforme Monteiro (1996).

ORDENAÇÃO TEMÁTICA DA PESQUISA

TEMA	SUBTEMA	UNIDADES TEMÁTICAS
• Definições da Pós-graduação <i>Lato sensu</i> na área médica	• Definições	• Idéias formuladas
• Importância da Pós-graduação <i>Lato sensu</i> na área médica	• Importância	• Elementos identificados
• Características da Residência médica	• Características	• Elementos identificados
• Indicadores de desempenho e funcionamento da Residência Médica	• Docente	• Qualificação docentes • Dimensão do corpo docente • Relação docente e total de docentes da Residência Médica
	• Aluno	• Total de residentes • Número de titulados • Índice de titulados
	• Programa	• Total de disciplinas oferecidas
	• Trabalhos técnico-científicos	• Produção técnica e científica

		<ul style="list-style-type: none"> • Índice de produção técnica e científica
	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Total de professores • Relação professor/aluno da residência • Relação professor titulado e alunos da residência
	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos financeiros 	<ul style="list-style-type: none"> • Custo por aluno
	<ul style="list-style-type: none"> • Sugestões 	<ul style="list-style-type: none"> • Novos indicadores apresentados

O ponto de referência utilizado para desencadear a coleta e ordenação do conteúdo, surgiu a partir dos indicadores de desempenho e funcionamento do sistema de avaliação da CAPES, sistema este legitimado pela comunidade universitária para a análise das atividades da pós-graduação *stricto sensu* nas IES brasileiras.

7. ESTUDO DE CASO

Neste tópico apresenta-se o Hospital Universitário que fez parte desta pesquisa.

7.1 HOSPITAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

O Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian foi inaugurado em 1970, pelo Governador Pedro Pedrossian, com 60 leitos, para dar suporte às atividades do curso de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso, atendendo, sobretudo, à população campo-grandense, calculada em 150.000 habitantes, naquela época.

No bojo do processo de divisão do Estado, ocorreram profundas transformações no plano econômico-político. Intensificou-se o fluxo migratório, ampliaram-se as atividades econômicas. Sendo Campo Grande convertida em capital da nova unidade da federação, a cidade modernizou-se e a Universidade foi federalizada pela Lei nº 6.674 de 5 de julho de 1979, dando origem à Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - FUFMS.

Acompanhando esse movimento, o Hospital Universitário experimentou uma expansão extraordinária de suas atividades, constituindo-se hoje em um centro de referência estadual e regional para diversas especialidades, tendo em vista

o nível crescente de complexidade dos serviços por ele oferecidos. Mercê dessa situação, houve uma inserção mais agressiva do Hospital no âmbito da sociedade Sul-mato-grossense, do Sistema Único de Saúde, da Coordenação Geral dos Hospitais Universitários da Secretaria de Ensino Superior (SESu) do MEC e da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE).

Conforme relatos da história do Hospital da UFMS, embora tenha sido ampliado o raio de ação externa ao estabelecer parcerias e alianças com diversos segmentos da sociedade, o Hospital tem consolidado uma posição incompatível com seu novo papel e suas novas responsabilidades. Afinal, na estrutura da Universidade, ele é apenas um núcleo vinculado diretamente à Vice-Reitoria, sendo mais comumente conhecido como Núcleo de Hospital Universitário (NHU/FUFMS).

Nesse contexto, tal situação limita os mecanismos de gerenciamento de uma unidade tão complexa, como é o caso de um Hospital Universitário. Impõe-se a revisão da estrutura do Hospital, de modo a garantir-lhe maior autonomia e flexibilidade, para fazer frente às inúmeras e diversificadas exigências de um serviço permanentemente aberto aos usuários.

Uma condição estrutural mais autônoma da UFMS poderá permitir melhor desempenho de suas atribuições de seu Hospital Universitário, e via de consequência, a plena consecução de suas finalidades:

- Administrar e executar serviços de assistência médico-hospitalar, prestar assistência médico-hospitalar à população sul-mato-grossense, sobretudo nas especialidades em que é referência no Âmbito do SUS;

- Servir como área hospitalar para as atividades dos cursos da área de ciência da saúde, a saber: medicina, farmácia e bioquímica, odontologia, enfermagem e mestrado em saúde coletiva;

- Cooperar na execução dos planos de ensino cuja vinculação com problemas de saúde, ou com outros aspectos da atividade do Hospital, torne desejável essa colaboração;

- Promover a realização de pesquisas científicas e tecnológicas;

- Promover ou colaborar para a promoção de congressos e simpósios visando à atualização de seus docentes e demais profissionais;

- Participar dos órgãos colegiados do SUS, de modo a garantir um canal de comunicação entre usuários, trabalhadores em saúde, agência formadora de pessoal e hospital.

O Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul tem uma área física de 36.000m² e uma capacidade instalada de 260 leitos, isso resultando uma média de 852 internações por mês, que dão suporte ao desenvolvimento do Ensino de Graduação, de Pós-graduação, de Pesquisa, e de extensão. O Hospital da UFMS foi planejado para funcionar com uma capacidade operacional de 320. Entretanto, desde sua inauguração a Instituição vem funcionando com apenas 80% de sua capacidade. Isso acontece, dentre outros fatores, por carência de servidores, o que também prejudica, diretamente, o ensino.

Atualmente, o Hospital Universitário dá suporte ao desenvolvimento de atividades acadêmicas para os seguintes cursos: Medicina, Enfermagem, Farmácia, Bioquímica e Odontologia. Somados a esses, ainda há a Residência Médica

com as seguintes especialidades: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica, Hematologia, Nefrologia, Urologia, Oncologia, Doenças Infecto Contagiosas, Terapia Intensiva Pediátrica, Terapia Intensiva Neonatal, Terapia Intensiva de Adultos e Cirurgia Vascular.

Para dar suporte a essa estrutura acadêmica, a Universidade Federal do Mato Grosso do Sul mantém um completo serviço de assistência médica hospitalar para atendimento da população, dentro dos padrões estabelecidos pelos diversos organismos de saúde, uma vez que a preocupação dessa Instituição de Ensino é formar profissionais altamente qualificados.

8. APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS CONTEÚDOS

Neste capítulo são apresentados, discutidos e analisados os conteúdos coletados de acordo com a ordenação temática apresentada no item 6.6.

8.1 DEFINIÇÕES DA PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU*

Dos depoimentos colhidos, ficou clara a idéia de que a PGLS seria uma complementação da graduação, onde os temas vistos de forma superficial são discutidos com mais profundidade nos cursos de especialização.

“Neste sentido, eu vejo o curso de pós-graduação Lato sensu como uma extensão do curso de graduação” (p5).

Para os entrevistados, a PGLS vem sendo compreendida como uma forma de corrigir uma deficiência dos cursos de graduação, permitindo aprofundar com êxito alguns conteúdos nas turmas dos cursos de especialização. Infelizmente, em função da queda da qualidade dos cursos de graduação, esse aprofundamento na especialização fica por vezes prejudicado.

“a gente acaba por ter que trabalhar, na prática, ou nos plantões, alguns conteúdos que, de repente, deveriam ter sido vistos na graduação, e que muitas vezes não foram” (p8).

Para os entrevistados, a PGLS parece apresentar dois aspectos: vem funcionando como degrau intermediário entre a graduação e a pós-graduação *stricto sensu* e, por outro lado,

visto de forma muito positiva, como no caso da área médica, supre necessidades localizadas, atendendo a determinadas demandas hospitalares, formando mão-de-obra especializada e quadros gerenciais para os órgãos públicos.

“Eu entendo que a Lato sensu democratiza a possibilidade de titulação aos graduados, que não teriam condições de um aprimoramento se passassem direto para um programa tradicional de stricto sensu como ocorre nas outras profissões” (p4).

A pós-graduação *Lato sensu*, conforme entendimento de alguns entrevistados, é um estágio que, após a graduação, prepara e direciona o aluno para uma área mais específica da medicina e, conseqüentemente, do mercado de trabalho, através da revisão e atualização de conhecimentos, criando um nível de reflexão e uma dimensão mais ampla do que aqueles ensinamentos transmitidos durante a graduação.

A PGLS é também compreendida, pelos professores, como o curso que prepara o indivíduo para a carreira de uma determinada especialidade médica, ou seja, o profissional vai somar ao curso de graduação outras disciplinas e práticas profissionais, que irão prepará-lo para atuar no mercado, como também atuar como professor universitário.

Para dar sustentação à idéia formulada pelos professores pesquisados, buscou-se em Seidl (1994), a seguinte afirmação:

“A Lato sensu é outro tipo de pós-graduação voltada para a formação dos diferentes tipos de profissionais que irão atender às exigências cada vez mais complexas e sofisticadas do processo de produção de bens e serviços”.(Seidl, 1994, p. 24).

Foi identificada entre os professores pesquisados a idéia de que para capacitar mestres, as instituições levavam em média, de dois anos e meio a três anos e, em média, quatro anos para a capacitação de doutores, sendo que e as instituições necessitavam, na verdade, capacitar rapidamente seus profissionais. Então, a PGLS, menos rigorosa do que a pós-graduação *stricto sensu*, com um mínimo de 360 horas, possibilitou ao profissional uma formação específica:

“Inicialmente, se falava muito em pós-graduação stricto sensu, e que esta era a formação tradicional de mestres, doutores e pós-doutores. Porém, com o desenvolvimento das instituições de ensino superior, percebeu-se que o processo de formação de um mestre ou de um doutor era muito demorado e sentiu-se a necessidade de acelerar este processo de capacitação profissional” (p3).

Os entrevistados identificaram que, no caso da Residência, para que o profissional obtivesse as condições necessárias para atuar em uma determinada especialidade, os programas de PGLS tornaram-se fundamentais para o exercício da profissão médica em determinadas áreas e que, dependendo da especialidade, o curso poderia ser desenvolvido em um ano.

“Eu vejo a pós-graduação Lato sensu como sendo um curso de nível mais aplicado (...), e com um período de tempo bem menor, dependendo da especialidade, do que o da pós-graduação stricto sensu” (p3).

“Eu vejo a pós-graduação Lato sensu como aquela oferta de escolaridade que visa, inclusive, dentre outras, criar mercado para o Stricto Sensu” (p6).

A PGLS é entendida, por parte dos professores entrevistados, como uma exigência feita, em nível educacional,

pelas próprias faculdades, onde um médico necessita de pelo menos um curso de especialização para ter, uma noção prática, ou uma noção melhor além do curso de graduação.

Em relação à pós-graduação *stricto sensu*, a PGLS é muito mais técnica.

Alguns professores salientaram que, na graduação, os alunos de medicina, principalmente os que estão iniciando o curso, não têm maturidade para questionar.

“Sinto que apenas há um repasse de conhecimentos, em que os professores, de certa forma, vão jogando técnicas e matérias e os alunos vão absorvendo estes conhecimentos e admitindo-os como verdades, sem questionamentos” (p3).

“A maioria dos alunos do primeiro e segundo ano do curso de medicina não questionam a qualidade das aulas, nem os conteúdos que estão sendo ministrados, a partir do terceiro ano, quando o curso deixa de ser tão teórico, é que os acadêmicos começam a participar mais” (p6).

“No início da graduação os alunos ficam parados, prestando atenção, têm alguns curiosos que questionam, mas a maioria só começa a se soltar e a questionar depois que adquire mais confiança, no início apenas ouvem atentos as exposições dos professores” (p2).

Foi percebido, pelos professores, que na pós-graduação *Lato sensu* a postura acadêmica muda. O aluno não tem mais a responsabilidade de passar em provas, por exemplo, e demonstra uma postura mais crítica. Muito embora, não alcance uma visão mais abrangente e profunda como a de um mestrado. Entretanto, o dia a dia faz com que ele conheça uma determinada patologia que um paciente apresenta. Automaticamente, o aluno da Residência Médica procura ler mais sobre um determinado caso, buscando na literatura dados para formular diagnósticos e informações para receitar medicamentos. Essas atitudes de

pesquisa, se incentivadas pelos professores, despertam no acadêmico um interesse pelo mestrado e até mesmo pelo doutorado.

“Não deixando de lado os modelos teóricos, a Lato sensu vai tornar o aluno especialista em determinado assunto, com aptidão e conhecimentos um pouco mais aprofundados, não chegando ao extremo de inovar, podendo até servir de estopim para despertar ou desabrochar o lado científico” (p4).

Na visão dos entrevistados, a especialização está diretamente relacionada com a capacitação profissional, sendo que apenas um professor definiu esse curso como formador de mão-de-obra especializada também para a docência.

Entretanto, observou-se, a partir das abordagens de Oliveira (1995), que a pós-graduação *Lato sensu* não foi criada para suprir as deficiências da graduação. A autora considera que a pós-graduação *Lato sensu* tem como função formar profissionais altamente especializados que atendam às exigências da complexidade crescente do avanço científico.

Ainda com relação ao aspecto do direcionamento dos cursos de especialização para formar profissionais para atuarem em sala de aula, verificou-se em Seidl (1994) que as estratégias seguidas pelo III PNPG - Plano Nacional de Pós-Graduação foram desenvolvidas no sentido de valorizar a pós-graduação *Lato sensu*, de modo a atender à heterogeneidade das demandas de áreas do conhecimento e do mercado de trabalho.

A autora enfatizou, ainda, que o III PNPG aponta no sentido da valorização dos cursos de aperfeiçoamento e especialização como qualificação para o mercado de trabalho não acadêmico.

Nesse sentido, a percepção dos entrevistados está muito próxima do que pensam os diversos autores abordados.

A residência médica pode então ser compreendida como um curso cujo objetivo é a qualificação profissional médica, tal modalidade de pós-graduação *lato sensu* é composta por diversas especialidades. Sendo que, somente após a residência médica o profissional de medicina poderá atuar em áreas como: cardiologia, oftalmologia, urologia, ginecologia e obstetrícia, otorrinolaringologia, ortopedia, neurologia, nefrologia, pediatria, geriatria, dermatologia, entre outras.

8.2 IMPORTÂNCIA DA PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* NA ÁREA MÉDICA

Os entrevistados, salientaram que os profissionais que concluem a especialização conseguem ter um nível de entendimento e discussão ampliado e estabelecem um comprometimento maior com o hospital.

A PGLS tem sido uma oportunidade para os profissionais da área médica se reciclarem e se atualizarem. Os docentes entrevistados entendem que a pós-graduação faz com que as portas da Residência Médica se abram para acadêmicos graduados em outras instituições universitárias e isso cria um intercâmbio de experiência e de massa crítica.

Os entrevistados apontam, ainda, que a pós-graduação possibilita uma articulação da Residência Médica com a comunidade, na medida em que responde a uma demanda de mercado e, conseqüentemente, a instituição vai consolidando sua presença no meio em que atua.

Os docentes apontam que o significado da PGLS na área médica está direcionado, também, para o fato de que se trata, hoje, de uma parte do ensino médico que está em processo de reconhecimento, sendo que algum tempo atrás os pacientes se recusavam a ser atendidos por médicos residentes. Nesse sentido, aumentaram as responsabilidades dos acadêmicos, bem como aumentou a participação dos residentes na prestação de serviços hospitalares.

Um fato mencionado e que se traduz em um significado muito importante da PGLS na área médica, é a criação e a viabilização de linhas de pesquisas:

“Eu acho que a Lato sensu tem inúmeras funções no ensino. Quando você pensa a pesquisa, a Lato sensu também tem permitido que se criem, se abram ou se viabilizem linhas de pesquisa que garantam uma produção científica razoável” (p4).

Os entrevistados observaram uma grande importância da pós-graduação *Lato sensu* para a área médica, compreendendo compromissos que vão desde de ajudar a comunidade a resolver seus problemas de saúde, até o treinamento e qualificação, cada vez maior, dos profissionais médicos.

“na área médica quando um aluno sai da PGLS ele é um acadêmico propriamente dito..., e se ele for prestar concurso ele vai precisar do título em uma determinada especialidade médica, logo, a pós-graduação Lato sensu é muito importante para nós” (p2).

Pierantoni (1994) aborda que no primeiro período da Residência Médica que pode ser caracterizado até 1955, são encontradas as definições de objetivos, implantação e consolidação dos problemas iniciais, sendo que apenas uma pequena parcela dos egressos das escolas médicas procurava esse tipo de especialização.

Cita a autora que é a partir de 1972, consolidam-se as tendências da prática educacional através da formação profissional em serviços hospitalares no plano de ensino e, no plano de assistência.

Alguns professores apontam que a PGLS tem propiciado aos alunos da residência médica uma reciclagem e atualização muito grande, possibilitando até mesmo aos profissionais da área médica cursarem disciplinas de didática para também atuarem como docentes.

Grande parte dos professores, que lecionam no ensino médio em disciplinas relacionadas à saúde ou à sexualidade, têm apenas uma formação em nível de graduação.

Nesse sentido, a necessidade de especializar esses profissionais passa a ser prioritária, pois tais profissionais que geralmente atua no ensino médio, despertam o interesse pela docência superior, e para atender a uma exigência do Ministério da Educação, a especialização acaba sendo fundamental.

Os docentes abordaram as discussões sobre as Diretrizes Curriculares Nacional para a graduação de medicina. Em função dessa discussão o curso de residência médica está incentivando o corpo docente a fortalecer o padrão de ensino ministrado e formar linhas de pesquisa que estimulem a produção acadêmica.

“(...) o professor, sem estar com uma especialização, falta-lhe uma visão mais direcionada e sem esta visão parece que ele não tem interesse, curiosidade ou iniciativa de partir para investigação” (p8).

Para Pierantoni (1994), mais do que um programa de pós-graduação. A residência médica nas instituições hospitalares fez com que a qualidade dos cursos mudasse.

Através da pós-graduação *Lato sensu*, na área médica, os residentes começaram a manter contato direto com a comunidade, disseminando conhecimentos, diminuindo problemas de saúde. É a grande oportunidade de educação permanente para os egressos da graduação em medicina.

Dentre todos os entrevistados, apenas um manifestou dificuldade para dizer qual a importância da PGLS na área médica em termos acadêmicos. Esse entrevistado relata que a importância da PGLS é muito mais profissional.

“Eu acredito que deva ser uma satisfação própria para o acadêmico (...). A valorização profissional é diferente das outras áreas ou profissões (...)” (p5).

Diante dos comentários e das abordagens teóricas, parece que a importância da PGLS para a área médica é muito grande, haja vista que a quase totalidade dos alunos recém graduados em medicina é direcionada para os cursos de residência médica. Acredita-se em que a maior reflexão em relação a essa importância seja: essa procura, hoje, desenfreada pelas especializações médicas, deve provocar algumas consequências no mercado de trabalho, ou seja, as instituições de ensino ao oferecerem vagas para os cursos de especialização médica teriam traçar um paralelo e identificar as necessidades de saúde e, então, oferecer cursos e vagas.

Ainda, pode-se deduzir que a importância dada a necessidade de realização de uma especialização médica leva a pensar que são poucos os médicos que buscam ser generalistas, ou seja, que conheçam e entendam o paciente como um todo.

8.3 CARACTERÍSTICAS DA RESIDÊNCIA MÉDICA

Os entrevistados citaram a educação continuada como uma parte fundamental da formação médica.

“A pessoa, quando termina a graduação é automaticamente levada a continuar o curso, só que desta vez vendo coisas muito específicas” (p7).

Na percepção dos entrevistados, a residência médica possibilita aos alunos saírem do curso de graduação com a oportunidade de, pelo menos em termos práticos, se sentirem mais preparados profissionalmente.

A residência médica tem como principal característica preparar, em termos práticos, o profissional para atuar em uma determinada especialidade médica, relata um grupo de entrevistados.

O profissional médico que procura a residência geralmente não pensa em chegar a um mestrado ou doutorado, já que tal modalidade de curso, às vezes, requer um tempo muito longo para a titulação, tendo o residente que se matricular em R1, R2, R3, R4 e cada uma destas residências tem um ano de duração.

Outra característica levantada é que a residência médica é muito fragmentada, diferente do curso de especialização em outras áreas, isto se dá em função de um número específico de disciplinas oferecidas.

Outra característica apontada durante as entrevistas está relacionada ao acesso dos alunos a este tipo de curso, em que a seleção é muito difícil e o número de vagas oferecidas é pequeno.

Também foi apontada como característica o fato de que a residência médica tem capacidade de separar um nicho de conhecimentos e dar ao indivíduo uma especialidade educativa com maior aprofundamento, o que não é feito na graduação.

“Na graduação tudo é muito geral, às vezes até desconexo nas suas relações, e isso pode ser consertado na residência médica quando conjuntos bem restritos de informações abrem-se nas suas inter-relações” (p8).

Os docentes apontaram como características da pós-graduação *Lato sensu* a educação continuada, ou seja, terminada a graduação, o aluno tem buscado nos cursos de residência médica uma forma de complementar sua formação.

Para corroborar esta percepção, cita-se Oliveira (1995), que enfatizou que a educação continuada no nível de ensino superior permite aos indivíduos reagir de forma construtiva às mudanças.

Neste sentido, segundo a autora, a educação continuada forma, qualifica e atualiza profissionais que ocupam funções em organizações, com vistas a mantê-los constantemente atualizados para conviverem com as mudanças e se anteciparem a elas.

Os professores têm observado que as instituições que possuem residência médica em diversas especialidades acabam oferecendo uma quantidade muito grande de disciplinas em seus vários cursos, que ao invés de se complementarem se distanciam e, de certa forma, fragmentam o saber repassado e, conseqüentemente, cada vez mais, o profissional médico deixa de entender o paciente na sua totalidade.

Apenas um entrevistado, dentre todos os professores, fez referência à residência médica como fonte de estímulo para a pesquisa.

Enfatizando esta característica, de que a pós-graduação *Lato sensu* faz despertar nos seus alunos um espírito investigador, Gazzola (1996) entende que, a partir da necessidade da própria instituição, os cursos de especialização tendem a desaparecer através da transformação em pós-graduação *stricto sensu*, ou seja, a *Lato sensu* acaba sendo realmente uma ponte para o mestrado e doutorado.

Segundo Gazzola (1996), a formação de profissionais reflexivos e capazes de assumir responsabilidades pelo seu próprio processo de formação contínua é uma das importantes contribuições dos cursos de especialização numa sociedade carente de recursos humanos qualificados para conviverem num mundo em rápida transformação.

Outra característica apontada foi a relação dos cursos de residência médica com o mercado de trabalho. Segundo os docentes entrevistados, existe uma articulação muito forte dos cursos de especialização da área médica com o mercado de trabalho, o que já não acontece com a pós-graduação *stricto sensu*.

Segundo Pierantoni (1994) O crescimento e desenvolvimento da ciência e da tecnologia aplicada ao campo da saúde, nas últimas décadas fizeram multiplicar especialidades, criando ainda as subespecialidades ou superespecialidades.

O autor acima diz que o parecer nº 977/65 definiu a pós-graduação *Lato sensu* como cursos de aperfeiçoamento e especialização, realizados em seqüência à graduação, com objetivo técnico-profissional específico, sem, entretanto, abranger o campo do saber e conferir grau acadêmico.

A instalação da Residência Médica no Brasil iniciou-se na década de quarenta no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, nitidamente influenciada pelo modelo americano, segundo Pierantoni (1994).

Para esta autora, os médicos, por sua importância na direcionalidade técnica do processo de trabalho desenvolvido na área da saúde e pela formação diversificada nas várias especialidades, demandam reflexões.

De acordo com a Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981, Residência Médica, no Brasil, constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

O Decreto nº 80.281 de 05 de setembro de 1977, diz que os cursos de residência médica terão duração mínima de 1 (um) ano, correspondendo ao mínimo de 1800 (um mil e oitocentos) horas de atividade. Além disso, este Decreto também criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Os Cursos de residência médica têm como objetivo permitir ao profissional médico recém-formado se aperfeiçoar nos diferentes ramos da atividade médica e tendo como principal característica o treinamento em serviço.

Uma característica importante, observada no Decreto nº 80.281 é que os cursos de residência médica são organizados de forma a ter de 80 a 90% de sua carga horária destinada a atividades de

treinamento em serviços sob supervisão, e o restante da carga horária destinada a atividades didáticas complementares.

Conforme este Decreto, além do treinamento em serviço, os programas compreendem um mínimo de quatro horas semanais de atividades sob a forma de sessões de atualização, de seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, sempre com a participação ativa do aluno.

Outra característica encontrada no Decreto acima citado, é que a Residência Médica se dá, basicamente, em função do binômio preceptor x médico residente. Um aluno interessado desperta a atenção do professor menos ativo, levando-o a se reciclar, fazendo renascer seu estímulo para a docência, oferecendo uma melhor qualidade de residência médica.

Diante do exposto, indubitavelmente, a residência médica possui características peculiares, quando relacionada aos cursos de especializações das áreas sociais, humanas ou tecnológicas.

Entretanto, tem-se observado, na prática, que os profissionais que elegem a residência médica, como forma de aprofundar seus conhecimentos, muitas vezes, são levados a assumirem responsabilidades que não competem a um acadêmico de medicina recém formado. Talvez a característica que mais diferencie os cursos de residência médica dos demais cursos de especialização seja o fato de que o aluno envolve-se com situações reais e torna-se responsável pela vida de outro ser.

A residência médica e, conseqüentemente, a “superespecialização”, parece ter substituído a pessoa pelo seu órgão doente, o aluno é levado a aprender práticas e procedimentos, esquecendo da pessoa sobre a qual intervém.

8.4 INDICADORES DE DESEMPENHO PARA A RESIDÊNCIA MÉDICA

A seguir são relacionados elementos extraídos do conjunto de indicadores da CAPES para a avaliação dos programas de mestrado e doutorados e que foram analisados pelos entrevistados como apropriados para avaliar também a pós-graduação *Lato sensu*.

8.4.1 Qualificação Docente

A qualificação docente verifica-se através da titulação formal dos docentes do curso.

Os professores entrevistados percebem a qualificação docente como um indicador de desempenho importante para avaliar a PGLS.

“(...) o docente é uma parte fundamental e substantiva na PGLS” (p6).

“A qualificação docente é um indicador que você pode medir e muito e quanto mais alta for a titulação melhor. Mesmo sendo um pouco difícil altas titulações na área médica” (p2).

“(...) eu vejo como um indicador importante; (...) a pessoa que passa por um processo de hierarquia, faz a graduação e vai elevando seu nível. Ela, necessariamente, vai adquirindo conhecimentos que pode repassar (...). É um parâmetro importante, (...) de possibilitará que a pessoa que investiu mais, que teve maior dedicação, seja reconhecida (...). É necessário preservar a titulação” (p1).

Dentre o conjunto de entrevistados, alguns professores, sugeriram uma reflexão maior, alegando tratar-se de um

indicador importante, mas não deve ser considerada a apenas a titulação, mas também a experiência que o docente possui, e na residência médica a experiência representa muito, assim como em outras áreas. Ou seja, deveria ser feito uma relação entre a titulação e a experiência profissional de cada professor integrante do curso:

“A titulação pode sugerir, mas por si só não garante coisa nenhuma. Se eu desenvolver um curso de especialização na área de informática aqui em Campo Grande, por exemplo, dificilmente eu poderei contar com professores altamente titulados, principalmente aqui nesta cidade (...) quando eu tomo como bom requisito para o cargo apenas a titulação acadêmica, eu posso correr o risco de nem poder abrir o curso” (p4).

“(...) se você tiver um professor com mestrado ou doutorado, ele te passa mais segurança, não é? Ou pelo menos você se ilude que ele é um bom professor... A qualificação do docente é importante” (p1).

“(...) qualificação do corpo docente? Eu estou falando em termos de titulação, em termos de didática ou de conhecimentos que o professor o professor da área médica deve possuir em determinados assuntos?” (p8).

Os entrevistados concordam que a qualificação do corpo docente é um indicador fundamental para garantir um bom desempenho e funcionamento dos cursos de Residência Médica.

Ao tomar-se por base o sistema de avaliação da pós-graduação *stricto sensu* da CAPES, identifica-se que os professores entrevistados são favoráveis a utilização do indicador “qualificação docente” como parâmetro para avaliar o desempenho da residência médica.

A resolução nº 12/83 do CFE, que regulamenta os programas de PGLS voltados para a formação da carreira do magistério, também reforça a importância da qualificação formal do corpo docente, permitindo apenas $\frac{1}{3}$ do corpo docente com

título de especialista, exigindo-se a titulação de mestre e/ou doutor para os demais componentes.

O que se observa na prática é que o professor ou preceptor, no caso da residência médica, deve ser obrigatoriamente especialista.

Deve ser levado em conta também, que diferente de outros de especialização, às vezes para formar um médico em uma determinada especialidade são necessários quatro ou cinco anos, como é o caso do neurocirurgião, fato que distancia esses profissionais dos programas de mestrado e doutorado.

8.4.2 Dimensão do Corpo Docente

Os entrevistados observaram que esta dimensão interfere na qualidade do curso.

“Quanto maior o número de professores melhor para o curso ou quanto maior o corpo docente, maior a disponibilidade (...); obviamente que o curso tende a ser melhor, porque os docentes estão sempre à disposição dos alunos” (p2).

Conforme a percepção dos professores pesquisados, deveria haver um professor para cada disciplina do curso de Residência Médica, exceto às disciplinas afins, no máximo duas e bem interligadas, até como pré-requisitos, caso contrário, não é aconselhável. De acordo com os entrevistados, mesmo sendo o docente bem preparado, dificilmente ele trabalha com a mesma qualidade em duas ou três disciplinas, o que pode ser verificado através deste indicador em foco.

“(...) então, se um professor é bom em uma disciplina e há dificuldades em trazer outro(s) docente(s), você

acaba jogando para ele duas ou três disciplinas (...), na avaliação da PGLS eu vejo isso como muito ruim mesmo” (p4).

O total de docentes para ministrar as disciplinas do curso foi apontado como um bom indicador de desempenho a ser utilizado na Residência Médica, pois, na percepção dos entrevistados há uma certa limitação do ensino o corpo docente é muito reduzido.

“(...) dificilmente alguém consegue ser tão versátil a ponto de assumir mais de duas disciplinas, ou seja, duas eu já acho um super homem ou uma super mulher, um super profissional” (p2).

Entretanto, dadas às condições necessárias de trabalho e se todas as questões envolvidas para o funcionamento do curso forem satisfatória, este indicador torna-se questionável.

“Um professor com bom conhecimento, com boa didática e tempo disponível para preparação de aulas eu acho que poderia ministrar mais de uma disciplina, desde que houvesse também disponibilidade para acompanhar seus alunos nas práticas ambulatoriais, clínicas e cirúrgicas” (p5).

Robbins (1991) explicita que a avaliação pode ser entendida como um processo de monitoramento de atividades para determinar se as unidades individuais e a própria organização estão utilizando os recursos de forma eficaz e eficiente, facilitando o alcance dos objetivos.

Para Dias Sobrinho (1997), em seu sentido mais amplo, a avaliação é um fato característico da vida acadêmica, ou seja, envolve todos os aspectos do sistema, dentre eles os estudantes de graduação, pós-graduação, professores, pesquisadores, projetos e programas institucionais que são avaliados de forma permanente.

Os professores comentam que é difícil um único professor conhecer profundamente três áreas do corpo humano, por exemplo, um médico que seja ao mesmo tempo oftalmologista, endocrinologista e cardiologista, é difícil isso. Logo, existe a necessidade de avaliar a dimensão do corpo docente e partir daí identificar se esta dimensão afeta o aluno, a instituição, o paciente que procura atendimento. Enfim, se afeta o desempenho do curso.

A maioria dos pesquisados concordou que este indicador é significativo. Para eles, os cursos de residência devem possuir um professor para cada disciplina, garantindo, de certa forma, uma maior qualidade nesta modalidade de pós-graduação. No entanto, admitem que um professor até possa ministrar duas disciplinas, desde que elas sejam afins ou pré-requisito uma em relação a outra.

Outro aspecto que pode ser avaliado através deste indicador é a quantidade de docentes que o curso possui para o atendimento aos alunos. Supondo-se que, quanto maior o corpo docente, maior a disponibilidade para o atendimento às necessidades dos alunos.

8.4.3 Relação entre total de docentes e total de Alunos da Residência Médica

Esta relação aponta a disponibilidade do corpo docente para atender às necessidades dos alunos.

Os entrevistados apontam que, embora os programas de PGLS tenham um número elevado de alunos, na Residência Médica a filosofia adotada é a de uma relação coerente entre o

número de alunos e o total de docentes disponíveis, exatamente para o aluno ter um bom atendimento, e no caso das aulas práticas, para que não haja constrangimento dos pacientes que estão sendo consultados e ao mesmo tempo participando de uma aula ambulatorial, estes constrangimentos geralmente acontecem nos cursos de ginecologia, obstetrícia, proctologia e urologia, onde o paciente tem que se expor para que o residente possa aprender.

Um dos entrevistados observou que este é um dado importante. Talvez se tenha uma distribuição ótima, onde essa relação docente/aluno não deva ser exagerada, sob pena de comprometer as atividades previstas em alguns casos.

“Eu concordo que, quanto menos alunos o professor tiver sob sua responsabilidade, mais qualidade vai ter o atendimento aos alunos” (p3).

Por outro lado, um docente alega que esse indicador deveria considerar, também, a questão da carga horária que o docente está dedicando ao curso.

“(...) em alguns casos temos professores que atendem à graduação e no seu planejamento, às vezes, fica difícil atender aos seus pacientes e encaixar algumas horas para atender a especialização” (p3).

Os professores entrevistados consideraram esse indicador relevante, face aos benefícios decorrentes da disponibilidade docente para atender ao total de alunos da Residência Médica.

“Eu acho que isso aí é importante. Tem que ter, porque, realmente, quando você vai fazer um trabalho final sobre determinada doença, têm que ser os professores que ministraram as aulas para poder orientar” (p5).

O Decreto nº 80.281 de 05 de setembro de 1977, diz que os cursos de residência médica terão duração mínima de 1 (um) ano, correspondendo ao mínimo de 1800 (um mil e oitocentos) horas de atividade.

À luz do pensamento dos entrevistados e do documento análise, tem-se que a relação entre o total de docentes e total de alunos do curso tende a ser devidamente equacionada para que sua utilização como indicador de desempenho, nos cursos de Residência Médica, não um indicador simples que traduz apenas um número absoluto.

Faz-se necessário ressaltar que, no dia-a-dia e dependendo da complexidade do atendimento de urgência, o médico residente muitas vezes esclarece suas dúvidas com os médicos não docentes, em função da ausência de médicos docentes ou preceptores, sendo que este fato ocorre, principalmente, nos plantões noturnos e de final de semana.

8.4.4 Total de Alunos

Através deste indicador, é possível verificar a procura por uma determinada especialidade médica, o que, conforme ressaltou um entrevistado, demonstra a utilidade da mesma.

Depoimentos registram que este indicador não é significativo para avaliar a qualidade de um curso de residência médica.

“(...) de forma nenhuma, eu posso ter cursos que tenham uma quantidade grande de alunos e ao mesmo tempo em termos de qualidade, ele deixa a desejar (...). Então, a quantidade de alunos, para mim, não é, em

momento nenhum, parâmetro para dizer se um curso é bom em relação a outros” (p8).

“(...) constitui uma indicação, talvez, de que o curso é necessário, importante ou atraente para um determinado número de médicos recém formados. Talvez possa ser uma indicação desse tipo, mas não da qualidade do curso” (p8).

Os entrevistados registraram, de forma unânime, que o indicador não é significativo para observar o desempenho e funcionamento da PGLS na área da saúde, mas acreditam que esta medida possa ser útil para verificar a demanda pelo curso ou especialidades.

Muito embora, os comentários dos professores tenham sido desfavoráveis quanto à utilização deste indicador para aferição de desempenho, sabe-se que o total de alunos que ingressa nos cursos de Residência Médica é muito reduzido, o processo seletivo é muito disputado e estes alunos representam um custo para a instituição que os acolhe, visto que estes recebem um determinado salário, pois prestam atendimento à saúde enquanto aprendem.

Tem-se observado, na prática, que o número de alunos de um curso de residência médica vai depender da estrutura existente, ou seja, da capacidade hospitalar para atender determinadas complexidades de saúde, que permitam ao médico residente desenvolver habilidades clínicas, cirúrgicas e ambulatoriais, bem como do número de professores disponíveis para acompanhamento dos acadêmicos. Nesse caso, entende-se que se a estrutura necessária para desenvolver o curso não possuir a dimensão adequada ao número de alunos, os reflexos desta inadequação serão sentidos no desempenho e qualidade do curso.

8.4.5 Número de Titulados

Dois professores entrevistados perceberam que é este indicador é discutível.

“Existem alguns cursos de Residência Médica que matriculam 20 ou 30 alunos em uma determinada especialidade, não respeitando o corpo docente necessário para o funcionamento destes cursos e, muitas vezes, aprovando e liberando todos estes alunos no final do curso, sendo que em alguns casos o médico residente ainda não está pronto para atuar profissionalmente” (p3).

Nesse sentido, o número de titulados não aponta se um curso de residência médica tem qualidade ou não, pois há uma série de fatores que interferem na conclusão do curso para alguns alunos.

Um dos professores registrou que esse indicador permite verificar a evasão de alunos, mas observou também que o mesmo não deve ser tomado isoladamente, na Residência Médica não é freqüente a evasão.

“Eu acho meio problemático simplesmente falar em número de titulados. Então, acho que teria que pormenorizar um pouquinho esse dado” (p5).

Registra-se, porém, que o indicador em análise, de acordo com Cuenin (1986), constitui um indicador simples, isto é, aquele que se expressa geralmente na forma de números absolutos, com o objetivo de representar uma descrição neutra de um processo. Daí a necessidade de agregar outros fatores para sua utilização.

Logo, trata-se de um indicador que, se utilizado de forma isolada, não é relevante para medir o desempenho do

curso. Caso associado a outros fatores, pode ser importante para revelar aspectos positivos e negativos da Residência Médica.

8.4.6 Índice de Titulados

Este índice reflete a relação entre o número de alunos titulados e o número de alunos matriculados em um curso.

Segundo afirmação de um professor pesquisado, a relação entre número de alunos titulados e o número de alunos matriculados em um curso pode ser um indicador importante, desde que se observe com cautela e que sejam consideradas todas as variáveis que possam interferir no resultado encontrado. Outro entrevistado tem a mesma percepção e acrescenta:

“O índice de titulados pode ser um indicador fiel da produtividade de um curso, desde que controladas outras variáveis intervenientes” (p5).

As demais opiniões emitidas consideram que a relação entre o número de alunos titulados e o número de alunos matriculados em um curso de Residência Médica seja um importante indicador, tendo em vista que, através do mesmo, obtém-se a produtividade nos cursos.

Os professores ressaltaram que o índice de titulados pode ser um indicador fiel da produtividade do curso, desde que controladas outras variáveis. Assim, não pode ser considerado isoladamente no processo de análise do desempenho e funcionamento dos cursos de Residência Médica.

Segundo entendimento dos pesquisados, este é um dos indicadores mais importantes do sistema de avaliação da CAPES para analisar os programas de mestrado e doutorado.

No entanto, para a residência médica podem surgir dificuldades na utilização deste indicador para demonstrar desempenho.

Spagnolo e Sevilla (1994) também registraram a falta de acompanhamento e controle dos programas de PGLS por parte das agências ou autoridades educacionais do país. Sendo que hoje não se tem dados específicos sobre o número de alunos com título de especialista.

8.4.7 Total de Disciplinas Oferecidas pelo Curso

As disciplinas demonstram o tipo de estudo oferecido pelo curso e, segundo um entrevistado, é possível medir desempenho e verificar qualidade através deste indicador.

Na residência médica não se pode ampliar muito o leque de disciplinas e fragmentar os conteúdos, pois tornaria difícil a integração de todas as disciplinas que compõem a estrutura curricular do curso.

“Então, acho que você tem que ter um elenco disciplinas dentro de uma determinada especialidade, onde você tenha conteúdos fortes e que estas disciplinas se integrem entre si” (p8).

Dependendo da especialidade que se pretenda oferecer, pode ser exigido um maior peso em termos de aulas práticas. Os organizadores, a coordenação e os professores deverão ter em

mente o perfil do aluno que desejam soltar no mercado, ressaltou um docente.

Para a maioria dos entrevistados, o médico que ingressa em um curso de Residência Médica, busca desenvolver habilidades práticas. A teoria, nesse campo profissional, é vista na graduação, na especialização o acadêmico tem um aprofundamento de algo muito específico e o tipo de ensino é direcionado para a prática.

“(...) quem faz uma especialização, quer ver a prática (...) isso que vai fazer o algo mais do curso” (p4).

Em geral, os cursos de Residência Médica são estruturados de forma fechada, constituindo-se em verdadeiros pacotes de estudos em determinadas áreas, observam os entrevistados. Assim, de acordo com a natureza dos programas, pode-se verificar o equilíbrio entre as disciplinas componentes dos mesmos, não distorcendo a avaliação através de um indicador sem critérios para sua utilização, registrou um entrevistado.

“Eu acredito que isso deveria ser trabalhado de acordo com a natureza de cada curso, na área médica, na área sócio-econômica ou na área jurídica” (p2).

Tendo em vista que este indicador visa demonstrar o tipo de estudo oferecido por um curso, através da participação das disciplinas teóricas e práticas no conjunto de disciplinas, todos os professores concordam que o mesmo possibilite observar o desempenho e a qualidade do programa proposto pelos cursos de Residência Médica.

Para tanto, torna-se necessário que seja aplicado à luz da natureza e dos objetivos do curso e que estabeleçam o equilíbrio entre as disciplinas teóricas e práticas. Os entrevistados

postulam que a teoria e a prática têm de andar de mãos dadas na residência médica.

Para Ferraz (1976), os conteúdos estudados em articulação com a prática proporcionam um novo olhar sobre a realidade vivenciada pelo aluno/profissional, que lhe permite uma releitura e uma re-elaboração do próprio trabalho.

O que observa-se na prática é que o total de disciplinas de um curso de residência médica vai depender de cada especialidade, ou melhor, da complexidade que cada especialidade possui. Tem-se percebido que se o médico residente quer desenvolver uma prática eficaz ele necessitará de uma abrangência maior de conhecimentos, ou seja, é necessário conhecer onde surgem as doenças, os fatores sociais que estão por traz das doenças. Acredita-se, que o profissional médico qualificado deva ser aquele que não conheça o indivíduo fragmentado.

8.4.8 Produção Técnica e/ou Científica

Esta produção é representada pelos artigos técnicos e pelas monografias elaboradas durante o curso.

A produção científica na pós-graduação *lato sensu* é representada pela monografia e, segundo registro de um respondente, é considerada um indicador fundamental para o aprimoramento dos alunos desta modalidade.

“Eu acho que a produção técnica e a produção científica são fundamentais, porque elas geram o conhecimento e podem permitir ao próprio aluno crescer e até exercitar a própria metodologia científica” (p2).

Outro entrevistado considerou essencial a exigência de monografias ao final do curso, ressaltando que, atualmente, existem muitos cursos que fazem pouca exigência em relação à elaboração de trabalhos técnicos e/ou científicos pelos participantes.

“No caso da Residência Médica está faltando, como no mestrado, toda essa formalidade” (p6).

Um professor entrevistado considerou, entretanto, que a produção científica seria importante para a Residência Médica, mas não pode ser observada apenas a quantidade das monografias, mas, também, o conteúdo que as mesmas apresentam.

Boa parte dos entrevistados não considera os artigos técnicos e as monografias elaboradas durante o curso um indicador significativo para avaliar a PGLS, tendo em vista que se restringe ao aspecto meramente quantitativo das produções técnicas e científicas.

“Tenho um indicador quantitativo que, necessariamente, não me aponta qualidade! Eu acho que essa é uma das restrições, além do que você vai ter aí um mesmo critério para distintas áreas” (p4).

Um dos entrevistados acredita que este indicador é importante, porque através dessa produção é que o aluno vai expressar o que ele conseguiu aprender; é até uma tentativa de produzir conhecimento, acrescentando, ainda, que a monografia deveria ser obrigatória para todo curso de especialização, até mesmo na área médica.

Houve consenso entre os entrevistados de que a produção técnica e científica constitui um indicador de muita relevância para a Residência Médica. Na visão dos professores, o

trabalho final sintetiza todo o “produto” gerado durante a especialização.

Houve, entretanto, uma ressalva por parte de um dos docentes, em relação ao aspecto meramente quantitativo embutido neste indicador, sugerindo que seja avaliado o conteúdo (ou a qualidade) dos trabalhos. Isto complementaria a informação transmitida pelo indicador, elevando assim seu grau de importância para a avaliação da PGLS. Além disso, os entrevistados percebem que a elaboração de um trabalho final deveria ser obrigatória para qualquer curso de especialização.

Neste contexto, destaca-se uma das características da PGLS apontada por Ferraz (1976), qual seja, o fato de que a especialização pode e deve, além de proporcionar o acesso ao conhecimento, despertar e desenvolver no aluno uma postura investigativa em sua prática. Esta característica acrescenta a autora, propicia uma maior articulação entre a pós-graduação *Lato sensu* e a *stricto sensu*, através da verticalização do conhecimento, associada a atividades de iniciação científica, que poderão conduzir o aluno/participante aos cursos de mestrado.

Na prática observa-se que este indicador pode revelar o grau de qualificação e atualização do professor e do aluno. Entretanto, para a Residência Médica seria oportuno identificar um sistema que ao final do curso o aluno busca apresentar um trabalho em que apresentaria novas técnicas, criando-se assim uma forma de avaliar a capacidade clínica que o aluno desenvolveu durante o curso.

8.4.9 Índice de Produção Técnica e/ou Científica

Este índice é demonstrado pela relação entre o total de trabalhos elaborados pelos alunos e docentes do curso e o total de alunos e professores que integram o curso.

A importância deste indicador, segundo depoimento de um entrevistado, relaciona-se com a necessidade de observar melhor o que se faz em um programa de PGLS e demonstrar que esta é tão séria quanto a pós-graduação *stricto sensu*.

“O volume da produção técnica e científica e o respectivo índice de produção são indicadores fortes. Acho que o importante é mostrar para o aluno que o Lato sensu é um curso de pós-graduação tão sério quanto o stricto sensu e, às vezes, não é encarado assim pela proliferação desses cursos no Brasil” (p3).

Outro entrevistado salientou, no entanto, que é preciso verificar não apenas a quantidade, mas também a qualidade deste índice. Além disso, o nível de exigência deve ser menor do que nos cursos de mestrado.

Segundo um respondente, outro aspecto importante refere-se ao trabalho de um profissional médico, que não deve ser avaliado tão somente pela produção científica, já que esta não pode ser a sua única preocupação:

“(...) eu sou totalmente contra a quantidade de artigos, a necessidade de se colocar artigos para dizer se o cara é bom ou ruim, para dizer se o cara está em condições ou não, porque (...) a pessoa pode não ter tendência a escrever/pesquisar e ser um ótimo profissional médico” (p5).

No entender de um entrevistado, a produção técnica e científica na Residência Médica quase não existe. Então, deveria

ser dado um outro caráter a esse tipo de curso, mais em termos de produção técnica.

Na visão de outro entrevistado a relação entre o total de trabalhos elaborados por alunos e docentes e o total de alunos e professores que integram os cursos não faria muito sentido na residência médica, acrescentando que existe “o ranço ou preconceito da academia em relação à especialização”.

Observa-se, porém, que os cursos de especialização têm espaço para estimular a iniciação científica, o que permitiria a publicação de monografias, desde que fossem elaborados critérios compatíveis com a natureza e a especificidade destes cursos, como, por exemplo, a residência médica.

Ressalta-se, também, a preocupação com a questão do aspecto quantitativo que envolve o referido indicador, a ponto de forçar o professor e o aluno a escreverem qualquer artigo, apenas pela quantidade.

A totalidade dos entrevistados destacou a relevância da utilização deste índice para analisar a PGLS, uma vez que aponta com fidelidade a produtividade técnica e científica e os segmentos que de fato produzem. No entanto, salientaram a necessidade de verificar também a qualidade dos trabalhos produzidos e publicados, o que sugere certa cautela para seu uso. Os professores acrescentaram, ainda, que as exigências para a elaboração dos trabalhos devem ser menores do que as aplicadas para as dissertações de mestrado e teses de doutorado.

Desta forma, evidencia-se, cada vez mais, a importância da pesquisa no contexto da PGLS, o que denota certa tendência ao academicismo impresso nestes cursos, que a princípio tem

como objetivo a qualificação de mão de obra para o mercado de trabalho.

Oliveira (1985) ressalta que é perfeitamente possível haver cursos de especialização acadêmicos, funcionando como uma etapa intermediária entre o mestrado e a graduação.

8.4.10 Total de Professores

Este indicador aponta a disponibilidade de docentes e, no caso da Residência Médica, onde o acadêmico necessita de um acompanhamento, analisar o total de professores do curso torna-se importante. Entretanto, este indicador teria mais importância se fosse obrigatório o desenvolvimento de trabalhos monográficos.

“Algumas disciplinas dos cursos, e mesmo os cursos que tenham uma carga maior de aulas práticas necessariamente depende do acompanhamento de professores (...)” (p5).

Na Residência Médica, segundo um professor, há um cuidado em relação ao citado indicador, de modo que os cursos oferecidos não apresentam defasagem em relação ao total de professores disponíveis para atender e acompanhar os alunos.

Foi levantado pelos entrevistados que na Residência Médica alguns cursos exigem um trabalho final ao término de cada disciplina, com a orientação do próprio professor, dispensando, mais uma vez, o indicador em análise. Mesmo assim.

A maioria dos entrevistados considerou este indicador importante para verificar o funcionamento da PGLS na área médica.

Em termos práticos, analisa-se esse indicador como relativo, pois como o total de alunos, o total de professores, supõe-se, depende da estrutura do curso de residência médica ou do hospital onde o curso está sendo desenvolvido.

8.4.11 Relação Professores Titulados/Alunos

Este índice reflete a qualificação formal dos professores do curso.

Segundo registrou um entrevistado, trata-se de um indicador muito significativo, ressaltando que o curso de Residência Médica quase não utiliza especialistas para acompanhar os alunos:

“Eu sei que nós temos direito, de acordo com a Resolução 12/83 do CFE, a metade do corpo docente formado por especialistas, mas a gente evita. Exceto quando a disciplina é basicamente prática e só exista aquele professor, com especialização e é considerado o melhor profissional da área. Porém, a gente procura sempre trabalhar com mestre e doutor nos nossos cursos” (p3).

Parte dos entrevistados destacaram a importância da utilização desta relação para analisar a PGLS na área da saúde.

Nestes cursos que exigem trabalhos científicos e artigos, o indicador assume uma importância ainda maior, observaram os professores.

Alguns professores, no entanto, não consideram seu uso relevante, argumentando que não é o fato de um curso possuir

um professor titulado e o outro cinco, que vai mostrar sua qualidade em relação ao outro.

Foi confirmada a preocupação da instituição em propiciar aos alunos melhores condições de desenvolver atividades práticas durante a residência médica e neste sentido o número de professores titulados parece ser fundamental.

A grande maioria dos pesquisados afirmou que esse indicador não é muito significativo para a PGLS na área médica, principalmente porque vai demonstrar a titulação real do professor que acompanha o aluno. Os entrevistados, no entanto, ressaltaram que é preciso cuidado na sua interpretação, considerando-se que a relação revela aspectos subjetivos, que nem sempre são fáceis de mensurar, a exemplo da experiência profissional do docente.

Ressalta-se, apenas, que para a utilização deste indicador deve ser levado em consideração que, em termos de qualificação acadêmica do profissional médico, ainda existe uma lacuna, devendo haver uma ponderação, principalmente em unidades da residência médica mais aplicada.

8.4.12 Custo por Aluno

Um dos entrevistados foi categórico, ao afirmar que educação não é barata e seu custo constitui um indicador importante para o bom funcionamento de um curso de residência médica.

“A gente deve duvidar sempre quando um curso apresenta um custo muito baixo para o hospital ou mesmo para a universidade (...); esse é um dado

importante. Eu acho que deve existir um parâmetro médio, onde você possa dar um bom curso, otimizando os recursos, de sorte que você consiga, com isso, manter e associar a parte do custo com a parte da qualidade” (p3).

Outro entrevistado, no entanto, não concorda com o uso desse indicador para avaliar um programa de PGLS, pois, para ele, o importante é avaliar o processo ensino-aprendizagem.

Tem-se observado na prática que o custo da residência médica é muito alto em função dos recursos necessários para formar este tipo de profissional. O médico residente é preparado por meio de uma formação que é remunerada, ou seja, o profissional durante o processo de formação recebe salário e em contrapartida realiza atendimento médico. Vale lembrar que, o curso, apesar de gerar custos elevados, tem um retorno social imediato, o aluno simultaneamente aprende e salva vidas.

8.4.13 Sugestões de Novos Indicadores

- Tempo de Funcionamento do Curso

De acordo com um professor entrevistado, esse critério deveria ser adotado para que a avaliação do curso não fosse prejudicada, especialmente em relação a cursos novos.

Tendo em vista a estreita ligação da PGLS com o mercado de trabalho, os docentes entrevistados consideraram necessário o acompanhamento dos egressos para observar o seu desempenho e/ou desenvolvimento profissional.

- Avaliação Docente

Foi sugerido que o trabalho docente em sala de aula e nas atividades práticas fosse observado, para que sejam verificadas, entre outras, as leituras realizadas. Segundo um dos depoimentos obtidos.

- Avaliação Discente

Registra-se, também, uma sugestão no sentido de avaliar os alunos de forma mais detalhada e objetiva.

- A Qualidade da Produção Científica

Um professor registrou que a produção técnica e científica deveria ser avaliada mais de perto, especialmente no tocante ao aspecto social, já que os acadêmicos buscam sempre trabalhar doenças, descobertas de novos medicamentos, estudos de culturas (bactérias e vírus):

“(...) até que ponto os trabalhos elaborados na residência médica estão trazendo algum tipo de contribuição para a comunidade? Porque você tem diversos tipos de trabalho que são unicamente interessantes para a sociedade médica ou científica” (p6).

Segundo um dos entrevistados, a qualidade do curso é muito mais importante do que seu custo. Há discussões várias no meio acadêmico sobre os programas de PGLS em outras áreas, sendo que estes se transformaram em fábricas de diplomas, visando tão somente o lucro financeiro. Porém, de acordo com todas as entrevistas registradas, isso não tem ocorrido com os cursos de Residência Médica.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pós-graduação no Brasil vem experimentando um grande avanço nestes últimos anos, como resposta às necessidades impostas pelo progresso. Enquanto a pós-graduação *stricto sensu*, representada pelos programas de mestrado e doutorado, encontra-se regulamentada e normatizada, constituindo objeto de várias pesquisas e análises no país, o mesmo não ocorre com a pós-graduação *Lato sensu*, que representa outro tipo de estudo pós-graduado aqui desenvolvido.

Para os que atuam na residência médica, a pós-graduação *Lato sensu* é percebida muito mais como formadora de mão-de-obra especializada e formadora de recursos humanos para o mercado de trabalho.

O estudo evidenciou que a pós-graduação *Lato sensu* desenvolvida na área médica é de grande importância para formação dos profissionais médicos. Constatou-se, porém, que artigos e monografias direcionadas à solução de problemas locais e da região incrementariam ainda mais a relação entre os programas de residência e a sociedade.

Os cursos de especialização na área médica são, hoje, responsáveis por grande parte da interface entre os hospitais de ensino e a comunidade. Esta afirmação se consolida pelo número de pessoal especializado que estas instituições formam anualmente.

Além da relação entre a pós-graduação e a comunidade, observou-se, também, outra relação que merece considerações. É o caso da pós-graduação e sua relação com a graduação, onde parte da responsabilidade do ensino superior está sendo repassada para os estudos pós-graduados. Constatou-se, assim, que não há uma preocupação com a revisão dos cursos, principalmente em termos curriculares, e o que deixa de ser ministrado na graduação é visto mais tarde na PGLS. Logo, configura-se o seguinte fluxo: na graduação tapam-se os “buracos” do ensino médio e na especialização encobre-se os “furos” da graduação.

Uma das características identificadas nos cursos de residência médica foi sua fragmentação. Outra característica apontada refere-se ao interesse dos recém graduados de medicina nos cursos de especialização. Sendo que o profissional médico só pode atuar em uma determinada especialidade se passar por um curso de residência médica.

Na perspectiva de melhores oportunidades profissionais, parece que os alunos buscam na pós-graduação *Lato sensu* melhorar sua qualificação e assim, estes cursos tornam-se necessários.

À luz do sistema de avaliação da CAPES para a pós-graduação *stricto sensu*, e da percepção dos professores entrevistados foram apontados os seguintes indicadores para analisar o desempenho e o funcionamento dos cursos de residência médica:

- a) Qualificação docente;
- b) Dimensão do corpo docente;

- c) Relação entre total de docentes e total de alunos do curso de Residência Médica;
- d) Produção técnica e/ou científica;
- e) Índice de produção técnica e/ou científica.

O modelo de avaliação proposto pela CAPES foi utilizado como referência para conhecer os indicadores necessários para a avaliação dos cursos de residência médica.

Entretanto, alguns dos indicadores utilizados pela CAPES, quando analisados mais detalhadamente, revelam que, se utilizados isoladamente não têm aplicabilidade para a avaliação de desempenho dos cursos de Residência Médica.

Além dos indicadores utilizados no modelo CAPES de avaliação, foram sugeridos outros indicadores que poderiam demonstrar o desempenho dos cursos de especialização médica, são eles:

- a) Tempo de funcionamento do curso;
- b) Avaliação docente;
- c) Avaliação discente;
- d) Qualidade da produção científica.

Hoje, registra-se que o processo de avaliação institucional, em andamento nas universidades, privilegia a avaliação com enfoque predominante no ensino de graduação através do Exame Nacional de Cursos (Provão).

Além do “Provão”, o ensino de graduação tem sido avaliado por meio de verificação *in locus* das condições de oferta dos cursos, cujo modelo de avaliação está muito próximo do

modelo da CAPES. Tais verificações são executadas por visitantes/avaliadores muitas vezes amadores e sem habilidades necessárias para avaliar.

Como contribuição prática e pelo fato da pós-graduação lato sensu ainda não possuir critérios de avaliação estabelecidos, esta pesquisa trouxe à tona elementos que poderão servir de base para que as instituições que desenvolvem cursos de Residência Médica possam analisar suas práticas, identificando problemas e deficiências.

Isso a partir de uma concepção de avaliação que não seja controladora, punitiva e que busque fazer um “ranqueamento” dos cursos oferecidos.

Tendo como referencial teórico Firme (1999), esta pesquisa vem, ainda, reafirmar a importância da auto avaliação para as instituições de ensino superior, que hoje sofrem avaliações externas, realizadas pelos órgãos reguladores, que desconsideram os aspectos e as condições peculiares de cada instituição avaliada.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILLAR, José M. e ANDEREGG, Ezequiel. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo : Editora Letras e Letras, 1991.

BALDRIDGE, J.V. **Organizational characteristics of colleges and universities in the dynamics of organizational change in education**. Berkeleg, Michigan, Publ. co, 1983.

BARDIN, L. **L'analyse de contenu**. Paris: Presses Universitaires de France, 1977.

BARQUIN C., Manuel. **Dirección de hospitales: organización de la atención médica**. Ciudad de México : Nueva Editorial Interamericana, 1979.

BELLONI, Isaura. Avaliação institucional na Universidade de Brasília. In: BALZAN, Newton, DIAS SOBRINHO, José (Org.). **Avaliação Institucional: teoria e experiência**. São Paulo: Cortez, 1995.

BERGQUIST, W. H., ARMSTRONG, J. L. **Planning effectively for educational quality**. San Francisco/London, Jessey Bass, 1986.

BORMANS, M.J. *et al.* The role of performance indicators in improving the dialogue between government and universities. In: **Internacional Journal Managemente in Higher Educacion**, v.11, n° 02, 1987.

BRASIL, Ministério da Educação - Conselho Federal de Educação. **Parecer 977/65**. Brasília, 1965.

_____ - Conselho Federal de Educação. **Resolução nº 12/83**. Brasília, MEC, 1983.

BRUYNE, P. et al. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica**. Rio de Janeiro : Francisco Alves, 1977.

CAMPOS, Gastão. **Planejamento sem normas**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

CARVALHO, Abigail de O. e SPAGNOLO, Fernando. **Vinte anos da pós-graduação no Brasil: a experiência da CAPES**. Brasília: publicação interna da CAPES, 1996.

CASTRILLON, Maria Consuelo et al. La profesión médica en Colombia. In: **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v.16, n.2, 1999.

COELHO, I. M. **Avaliação institucional da universidade pública**. Goiânia: UFG, 1999.

CUENIN, S. **Étude internationale sur l'elaboration et l'utilisation des indicateurs de permanence dans l'enseignement supérieurs** - Paris, OECD - CERI, 1986.

CUNHA, Luís Antônio. Critérios de avaliação e credenciamento do ensino superior: Brasil e Argentina. In: **O ensino superior e o Mercosul**. Rio de Janeiro: Garamond, 1998.

DANTAS, Rosa Amélia Andrade. Algumas considerações sobre as técnicas e instrumentos. Brasília: UNB, 1998.

DIAS SOBRINHO, José. Avaliação quantitativa, avaliação qualitativa: interações e ênfases. In: **Avaliação universitária em questão: reformas do Estado e da educação superior**. Campinas: Autores Associados, 1997.

Avaliação e privatização do ensino superior. In: **Universidade em ruínas: na república dos professores**. Petrópolis/RJ: Vozes, 1999.

Avaliação institucional na perspectiva da integração. In: **Universidade desconstruída: avaliação institucional e resistência**. Florianópolis: Insular, 2000. 192p.

DIAS, Beatriz Freitas. **Fatores que afetam a avaliação nas universidades federais brasileiras**. Florianópolis: UFSC, 1993. 157 p. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal de Santa Catarina.

FERRAZ, Ester de F. A pós-graduação. In: **alternativas da educação**. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1976.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

FRAGA FILHO, Clementino. **A Implantação do hospital universitário da UFRJ (1974-1978)**. Rio de Janeiro : Fundação Universitária José Bonifácio, 1990.

FRANCO, Maria Laura P.B. **O “estudo de caso” no falso conflito que se estabelece entre análise quantitativa e análise qualitativa**. São Paulo : PUC, 1986.

FREITAS, Iêda M. A. C. **Avaliação da educação superior: fatores técnicos e políticos em universidades públicas brasileiras**. Florianópolis, 226p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

GAZZOLA, Ana L. A. **Evolução das formas de organização da pós-graduação brasileira**. Documento preliminar apresentado à CAPES para a discussão da pós-graduação no Brasil. Brasília, 1996.

GERGES, Márcia Cruz. O processo decisório do regimento interno do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina-HU/UFSC. In: **Revista de Ciências da Saúde**. v. 11, n. 2. Florianópolis, 1992.

GÓES, Paulo de. A ciência no Brasil: ontem e hoje. In: **Problemas Brasileiros de Educação**. Rio de Janeiro : Lidador, 1968.

GOERGEN, Pedro. **Avaliação universitária na perspectiva da pós-modernidade**. Campinas/SP: Papirus, 2000.

GRAWITZ, Madeleine. **Métodos e técnicas de las ciencias sociales**. v. 2. Barcelona : Editorial Hispano Europa, 1975.

FIRME, Thereza Penna. Avaliação tendências e tendenciosidades. In: **Ensaio: Avaliação e políticas em educação**. Rio de Janeiro: CESGRANRIO, 1999.

LEITE, Denise e BORDAS, Merion Campos. Avaliação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: qualidade da

diferença e a diferença da qualidade. In: **Educación Superior e Sociedad**, v. 5, n 1. Buenos Aires, 1994.

LEITE, Denise. Avaliações e tensões: Estado, Universidade e Sociedade na América Latina. In: **Avaliação**. v 2, nº 1 (3). Campinas/SP: UNICAMP, mar 1997.

LIMA-GONÇALVES, Ernesto. **O hospital e a visão administrativo contemporânea**. São Paulo : Pioneira, 1983.

LIMA NETO, Pedro Antônio. **A idéia de universidade numa universidade que nasce**. Florianópolis : UFSC, 1983. 148 p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Santa Catarina.

LINDO, Augusto Pérez. Modelo de indicadores básicos para la evaluación des rendimiento de las universidades. In: **Revista Iglu**, nº 1, 1991.

LÜDKE, Menga. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MAMANI, Eugênio Bellido. **Sistema de manejo de resíduos sólidos em hospitais (SIMARSH) metodologia de avaliação**. São Paulo: USP, 1993. 220 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo.

MARTINS, Ricardo C. R. **O sistema de acompanhamento e avaliação da CAPES: notas críticas sobre sua evolução**. Brasília; publicação interna da CAPES, 1987.

MEDEIROS, Nina Rosa. **A produção científica de mestres, doutores e livre-docentes da Universidade Federal de Santa Catarina: estudo da realidade**. Florianópolis : UFSC, 1986. 116 p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Santa Catarina.

MONTEIRO, Luiz A. S. **A influência da aposentadoria docente na qualidade dos programas de pós-graduação *stricto sensu* na UFSC**. Florianópolis : UFSC, 1996. 162 p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Santa Catarina.

NEIVA, Cláudio C. a avaliação como instrumento de apoio ao planejamento e tomada de decisões: a perspectiva da eficiência institucional e da qualidade do ensino dentro de um enfoque

político. In: VAHL, Teodoro R. *et ali* (org.). **Desafios da Administração Universitária**. Florianópolis: UFSC, 1989.

OLIVEIRA, Fátima Bayma de. **Pós-graduação: educação e mercado de trabalho**. Campinas : Papirus, 1995.

PADILHA, Roberto Queiroz. **Os hospitais de ensino e a previdência social** Mestrado em Saúde Pública/USP. São Paulo: USP, 1996. 180 p. Dissertação (Mestrado em saúde Pública) – Universidade de São Paulo.

PIERANTONI, Célia Regina. **Residência médica: meio século no Brasil**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1994.

PITTA, Ana. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: HUCITEC, 1990.

POPHAM, James W. **Manual de avaliação: regras e práticas para o avaliador educacional**. Petrópolis: Vozes, 1977.

RIBEIRO, Augusta B. Carvalho. **Administração de pessoal nos hospitais**. São Paulo : LTR Editora, 1970.

RICHARDSON, Roberto J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo. Atlas, 1985.

RISTOFF, Dilvo Ilvo *et al.* **Avaliação na Universidade Federal de Santa Catarina: uma proposta de metodologia**. Florianópolis: UFSC, 1993.

-----, **Universidade em foco: reflexões sobre a educação superior**. Florianópolis: Insular, 1999.

ROBBINS, E. P. **O processo administrativo: integrando teoria e prática**. São Paulo: EDUSP, 1991.

RUBIN, H. J. e RUBIN, I. S. **Qualitative interviewing: the art of hearing data**. Thousand Oaks: Sage Publ., 1995.

SAN-MARTIN, Maria R. **Reflexos sobre políticas para a pós-graduação *Lato sensu***. XII ENPROP, João Pessoa, 1996.

SÃO THIAGO, Polydoro Ernani de. **Promovendo saúde e ensino: hospital universitário de Santa Catarina**. Florianópolis : UFSC, 1983.

SAVIANI, Demerval. Concepção de dissertação de mestrado centrado na idéia de monografia de base. **Educação Brasileira**. v. 13, n. 27, 2º sem. Brasília : CRUB, 1991.

SCHPAIBER, Lília. **Contribuição ao estudo da educação médica**. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, 1980.

SCHULTZ, Rockwell. **Administração de hospitais**. São Paulo : Pioneira, 1979.

SCHWARTZMAN, Simon, DURHAN, Eunice R. **Avaliação do ensino superior**. São Paulo: EDUSP, 1992.

SEIDL, Thereza Toffano. **Análise da pós-graduação *Lato sensu*: institucionalização, políticas e estratégias**. Brasília: UNB, 1994, 176p.. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade de Brasília.

SGUISSARDI, Valdemar. Para avaliar propostas de avaliação do ensino superior. In: **Avaliação Universitária em questão: reformas do Estado e da educação superior**. Campinas/SP: Autores Associados, 1999.

SPAGNOLO, Fernando, SEVILLA, M. A. F. A situação atual da pós-graduação *Lato sensu*. **INFOCAPES**, vol. 2, n. 3, jul./set. Brasília, 1994.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

WORTHEN, BR. **Visão geral de mosaico formado pela avaliação e controle educacional**. Universidade de Colorado, 1974.

ZANELLI, J. C. Um procedimento informatizado de entrevistas recorrentes para identificação e análise de problemas organizacionais e sociais. **Anais da XVI Reunião Anual da ANPAD**, Canela/RS, 1992.

11. BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, E. P. A Universidade como núcleo de inteligência estratégica. In: MEYER Jr. V. e MURPHY, J. P. **Dinossauros, Gazelas e Tigres**. Florianópolis: Insular, 2000.

ALVES, J. A. O planejamento de pesquisas qualitativas em educação. **Cadernos de pesquisa**. n. 77, p. 53-61. São Paulo, 1991.

ARREGUÍN, Eduardo Acosta. Una nueva etapa en la educación de posgrado en medicina. In: **Revista Médica**. v. 32, n. 6. México, 1994.

ARROYO, M. G. Administração da educação, poder e participação. **Educação e Sociedade**. n. 2, janeiro. Rio de Janeiro, 1979.

ASSMANN, H.. Pedagogia da qualidade em debate. **Educação e Sociedade**. n. 46. São Paulo, 1993.

BARRIGA, A. D. Los programas de evaluación (estímulos) en la comunidad de investigadores: Un estudio em la UNAM. In: BARRIGA, A. D. e MENDEZ, T. A. (coordinadores). **Universidad: institucionalización académica y evaluación**. México: UNAM-CESU, 1998.

BATISTA, Nildo Alves; Souza da Silva, Sylvia Helena. O professor de medicina. São Paulo: Loyola, 1998.

BAZZO, W. A. **Ciência, tecnologia e sociedade e o contexto da educação tecnológica**. Florianópolis: editora da UFSC, 1998

BELLONI, Isaura. A função social da avaliação institucional. In: **Universidade desconstruída: avaliação institucional e resistência**. Florianópolis: Insular, 2000.

BERCHOLZ, A. O corpo docente das instituições brasileiras de ensino superior e a pesquisa. **Revista Educação Brasileira**. 15 (30) 1º sem. Brasília: CRUB, 1993.

BICUDO, M. A. V. e outros. **Pensando a pós-graduação em educação**. Piracicaba: Unicamp, 1993.

BOTH, Ivo José. Avaliação institucional: agente de modernização administrativa e da educação. In: **Avaliação**. v. 3, nº 1 (6). Campinas/SP, 1998.

BOWEN, H, e SCHUSTER, J. **American professors: a national resource imperiled**. New York. Oxford University Press, 1986.

BRASIL, Ministério da Educação - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **INFOCAPES**. v. 2, n. 3. Brasília, CAPES, 1994.

_____, Ministério da Educação - Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 1. Brasília, 2001.

_____, Ministério da Educação - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Avaliação Internacional da CAPES. Perfil da pós-graduação. Brasília, 1997.

_____, Ministério da Educação - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Sistema de Avaliação: Tratamento dos dados e indicadores. Disponível em dav@capes.gov.br, acessado em 1998.

BUARQUE, C. **A Aventura da universidade**. São Paulo : Editora UNESP/Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

CAMPOS COELHO, E. **A censura acadêmica: a ética universitária aem questão**. Rio de Janeiro: Vértice e IUPERJ. Brasília: SESU/MEC, 1990.

CARTTER, A.M. **An assesment of quality in graduate education**. American Council in Education, Washington, 1966.

CARVALHO, A. de O., SPAGNOLO, F. **Vinte anos da pós-graduação no Brasil: a experiência da CAPES**. Brasília: CAPES, 1996.

CASTANHO, Maria Eugênia L. M. **Universidade à noite: fim ou começo da jornada?** Campinas/SP: Papirus, 1989.

CASTRO, A. M. As promessas da pós-graduação. In: Bicudo M. A. e outros. **Pensando a pós-graduação em educação**. Piracicaba: UNIMEP, 1993.

CINAEM. **Avaliação CINAEM do ensino médico: medicalização ou inovação.** Brasília: CINAEM, 1998.

CINAEM. Avaliação do ensino médico no Brasil. Relatório Geral. Brasília: CINAEM, 1997.

CLEMENTE, F.; STURGIS, R. B. Quality of department of doctoral training and research productivity. **Sociology of education**. n. 47. New York, 1974.

COÊLHO, I. M. Ensino de graduação: a lógica de organização do currículo. **Educação Brasileira**. v. 16, n. 33, p. 43-75, jul/dez. Brasília, 1994.

_____, **Realidade e utopia na construção da universidade: memorial.** Goiânia: Ed. da UFG, 1996.

CONRAD, C.F.; BLACKBURN, R. T. Program quality in higher education: A review and critique of literature and research, in Smart J. C. (ed): **Higher education handbook of theory and research**. V. 1. New York, Agaton Press, 1985.

CUNHA, L. A. Avaliar qual universidade? In: **Anais do I Seminário Brasileiro sobre Avaliação Institucional de Universidades**. Campinas, SP: Unicamp, 1995.

CUNHA, Maria Isabel da. A avaliação da aprendizagem no ensino superior. In: **Universidade desconstruída: avaliação institucional e resistência**. Florianópolis: Insular, 2000.

DEMO, P. **Avaliação qualitativa**. 3 ed. São Paulo: Cortez/Autores associados, 1991.

_____, **Avaliação qualitativa**. 6 ed. Campinas-SP: Autores associados, 1999.

_____, **Mitologia da avaliação: de como ignorar, em vez de enfrentar problemas**. Campinas-SP: Autores associados, 1999.

DERRIDA, Jaques. **O olho da universidade**. São Paulo: Estação Liberdade, 1999.

DIAS SOBRINHO, J. A experiência da UNICAMP: condições, princípios e processos. **Anais do I Seminário Brasileiro sobre Avaliação Universitária**. Campinas, 1995.

DIAS SOBRINHO, José. Concepções de universidade e de avaliação institucional. In: **Universidade em ruínas: na república dos professores**. Petrópolis/RJ: Vozes, 1999.

_____, **Avaliação da Educação Superior**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

DURHAM, E. R. Condicionantes da qualidade da pesquisa na Universidade. **Revista Educação Brasileira**. Brasília, CRUB, v. 16, n. 33, jul/dez, 1994, p. 31-41.

ELTON, C. F.; RODGERS, S. A. Physics department ratings another evaluation. **Science**. Washington, 1971.

FARIA, H. de C. A universidade e a pesquisa científica. **Ciência e cultura**. nº 33. São Paulo, 1981.

FIEBIGER, N. Estrutura do Corpo Docente e Política de Pessoal na Universidade. **Palestra no simpósio WRK-CRUB sobre Ensino Superior**, Brasília, CRUB, 1986.

FRANCHI, E. P. e GONÇALVES e SILVA. Ensino/pesquisa na pós-graduação: um que fazer a ser consolidado. In: BICUDO M. A. V. e outros. **Pensando a pós-graduação em educação**. Piracicaba, SP: UNIMEP, 1993.

FRANCO, M. E. D. P. et al. **Universidade e pesquisa: políticas, discursos e práticas**. Passo Fundo: UPF, 1999.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

FURTER, P. **Educação e vida**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1972.

GARCÍA-MANGAS, José Alberto; LIFSHITZ, Alberto. Disyuntivas en la evaluación del aprendizaje en medicina. In: **Revista Médica**. v. 35, n. 3. México, 1997.

GAS, Héctor Aguirre. Administración de la calidad de la atención médica. In: **Revista Médica**. v. 35, n. 4. México, 1997.

GATTI, B. A. Mestrado e Doutorado: questões de avaliação e políticas de ação. Texto apresentado na 21ª reunião anual da ANPED. Caxambu: ANPED, 1998.

GATTI, B., FÁVERO, O. e CANDAU, V. M. F. **O modelo de avaliação da CAPES em discussão: documento básico.** São Paulo: ANPED, 1999.

GENTILI, P. Políticas de pesquisa: universidade, instituição de pesquisa e comunidade face à globalização. In: FRANCO, M. A. D. P. et al. **Universidade e pesquisa: políticas discursos e práticas.** Passo Fundo: UPF, 1999.

GIANOTTI, J. A. **A universidade em ritmo de barbárie.** São Paulo: Brasiliense, 1986.

GODOY, A. S. Introdução a pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas.** v. 35, n. 6, pp. 57-63. São Paulo: FGV, 1995.

GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

GUIMARÃES, R. e CARUSO, N. **Capacitação docente: o lado escuro da pós-graduação.** Notas sobre o estado da arte e elementos para uma política. Texto apresentado no Seminário Comemorativo dos 45 anos da CAPES. Brasília, CAPES, 1996.

GUIMARÃES, R. et. al. A pesquisa no Brasil - Parte 1: Organização. **Revista Ciência Hoje.** 19 n. 109, maio. Rio de Janeiro, 1995.

HESSEM, J. **Filosofia dos valores.** 5ª ed. Coimbra: A. Amado, 1980.

HOLANDA, A. B. de. **Dicionário Aurélio,** 3. ed., Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1977.

HUGHES, R. M. **A study of the graduate school in America.** Oxford: Miami University Press, 1925.

JACOBSON, R. L. Too much information, too few questions for campus reviews? **Chronicle of higher education.** v. 26, october. NY, 1985.

KAERCHER, N. A. Escola e universidade: uma luta entre a dura realidade e a necessária utopia. In: LEITE, D. (Org.). **Pedagogia universitária: conhecimento, ética e política no ensino superior.** Porto Alegre: UFRGS, 1999.

KAWAMURA, L. **Tecnologia e política na sociedade: engenheiros, reivindicação e poder.** São Paulo: Brasiliense, 1986.

KERR. C. **Os usos da universidade.** Fortaleza: UFC, 1982.

KOURGANOFF, W. **A face oculta da universidade.** São Paulo: EDUNESP, 1990.

LEITE, Denise. Avaliação em prática. In: **Avaliação.** v. 1, nº 1. Campinas/SP, jul/1996.

Avaliação institucional e a produção de novas subjetividades. In: **Universidade desconstruída: avaliação institucional e resistência.** Florianópolis: Insular, 2000.

LIFSHITZ, Alberto. Educación continuada o escaloridad perene? In: **Revista Médica.** v. 32, n. 6. México, 1994.

LIMA-GONÇALVES, Ernesto. Ensino médico em hospitais da Previdência Social no Brasil. In: **Anais da XII Reunião Anual da Associação Brasileira de Educação Médica.** São Paulo, 1974.

Pós-graduação e residência médica no Brasil. São Paulo : USP, 1992.

O ensino médico e os médicos no Brasil: aspectos quantitativos. In: **Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, 1984.

Qualidade do ensino médico – o professor: interação professor – aluno. In: **Anais da XX Reunião Anual da Associação Brasileira de Educação Médica.** Ribeirão Preto, 1982.

LINSINGEN, I. V. et al. **Formação do engenheiro:** desafios da atuação docente, tendências curriculares e questões da educação tecnológica. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

LUCKESI, Cipriano. **Avaliação educacional escolar: para além do autoritarismo.** São Paulo: Cortez, 1996.

Avaliação da aprendizagem escolar. São Paulo: Cortez, 1996.

LUNA, S. V. Porque, para quem, para o que pós-graduação *stricto sensu* e *lato sensu*? In: **Pensando a pós-graduação em educação.** Piracicaba: UNIMEP, 1993.

MACIEL, R. Pós-graduação médica: mestrado e doutorado. In: **Anais da XIX Reunião Anual da Associação Brasileira de Educação Médica**. Recife, 1981.

MAGGIE, Y. Relação entre a pós-graduação e a graduação em Ciências Sociais: a discussão de um modelo. In: **Assim chamadas Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ-Relume DUMARÁ, 1991.

Graduação e pós-graduação em ciências humanas no Brasil: problemas e desafios. Brasília: CAPES 1996

MALINOWSKI, B. **Uma teoria científica da cultura**. 2 ed., Rio de Janeiro: Zahar, 1970.

MARCOVITCH, J. **A Universidade (im)possível**. São Paulo: Futura, 1998.

MASSETO, M. T.; ABREU, M. Célia. **O professor universitário em sala de aula**. São Paulo: Editores Associados, 1990.

MEDEIROS, N. R. L. **A produção científica de mestres, doutores e livre docentes da Universidade Federal de Santa Catarina**: estudo da realidade. Florianópolis: UFSC, 1986. 116 p. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal de Santa Catarina.

MEYER Jr, V. Gestão para a qualidade e qualidade na gestão: o caso das universidades. In: **Cadernos - Centro Universitário S. Camilo**. v.4, n. 1, p. 49-59, jan/jun. São Paulo: USC, 1998.

MILES, N. B. e HUBERMANN, N. A. **Qualitative data analysis: a source book of new methods**. Beverly Hills: Sage Publ., 1985.

MOTOYAMA, S. et al. **Educação técnica e tecnológica em questão: 25 anos dos CEETEPS, uma história de vida**. São Paulo: USP, 1995.

MURPHY, J. P. Administração do ensino superior numa nova era: os rápidos e os mortos. In: **Dinossauros, Gazelas e Tigres**. Florianópolis: Insular, 2000.

NADEAU, G. G. Institutional and internacional validation of criteria and indicators of quality in higher education. Center for Higher education research and development. Universidade of

Manitoba, In: **Seminar Series Total Quality Leadership (TQL) in higher education** - PUC, Porto Alegre, 1996.

NOVAES, Humberto de Moraes. **El hospital público: tendencias y perspectivas**. Washington/DC: OPS, 1994.

OLIVEIRA, M. A. M. **Escola ou Empresa?** Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

PALHARINI, Francisco de Assis. Tormento e paixões pelos caminhos do PAIUB. In: **Avaliação**. v. 6, nº 1 (19). Campinas/SP: UNICAMP, 2001.

PATTON, M. **Qualitative evaluation methods**. Beverly Hills: Sage Publ., 1984.

PEIXOTO, M. C. L. Formação do pesquisador na pós-graduação: análise da estrutura organizacional de programas de suas áreas de conhecimento. In: **Revista Educação Brasileira**. Brasília, 17 (34): 125-144, 1º sem. 1995.

PENNA, A. G. **Percepção e realidade**: Introdução ao estudo da atividade perceptiva. Rio de Janeiro, Imago ed., 1993.

PETITAT, A. **Produção da escola/produção da sociedade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

QUADRA, Antônio Augusto. O financiamento dos hospitais de ensino no Brasil: o convênio Ministério da Educação – Ministério da Previdência. In: **Revista Paulista de Hospitais**. nº 12. São Paulo: ABH, 1981.

RASCO, J. Félix Ângulo. A auto-avaliação institucional como processo de formação do professorado. In: **Universidade desconstruída: avaliação institucional e resistência**. Florianópolis: Insular, 2000.

ROBBINS, F. e FINLEY, M. **Porque as equipes não funcionam**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

RODRIGUES, Rosângela Rocio Jarros. Meta-avaliação: o relato de uma experiência na universidade. In: **Avaliação**. v. 3, nº 1 (6). Campinas/SP: UNICAMP, 1998.

RUIZ, J. C. M. **Calidad y rendimiento en las instituciones universitarias**. Madrid: Consejo de Universidades, 1991.

RUSSO, F. **Introducion à l'histoire des techniques**. Paris: Blanchard, 1986.

SANDER, B. **Gestão da educação na América Latina: construção e reconstrução do conhecimento**. Campinas: Editora Autores Associados, 1995.

SANTOS FILHO, J. C. Avaliação institucional de universidades. In: **Anais do I seminário brasileiro sobre avaliação institucional de universidades**. Campinas/SP: UNICAMP, 1995.

_____. Análise teórico-política do Exame Nacional de Cursos. In: **Universidade desconstruída: avaliação institucional e resistência**. Florianópolis: Insular, 2000.

_____. Currículo, ensino e plano de ensino na educação superior. In: **Seminário de Atualização Didático-Pedagógico/PROGRAD-CADIPE** - Universidade de São Francisco. Itatiba/SP: EDUSF, 1998.

_____. Análise teórico-prática do Exame Nacional de SCHELER, M. In: **Le formalisme en éthique et l'éthique materiale des valeurs** - Essai pour fonder un personalisme éthique. Paris: Gallimard, 1955.

SCHWARTZMAN, S., DURHAM, E. R. (Org.) **Avaliação do ensino superior**. São Paulo: EDUSP, 1992.

SEARLE, J. R. **O mistério da consciência**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

SFEZ, L. **Crítica da comunicação**. São Paulo: Loyola, 1994.

SILVA, S. A. I. **Valores em educação: o problema da compreensão e da operacionalização dos valores na prática educativa**. Petrópolis: Vozes, 1995.

SORDI, Mara Regina Lemes de. A face perversa da avaliação: elementos para uma leitura do papel da avaliação no projeto neoliberal. In: **Avaliação**. v. 3, nº 1 (6). Campinas/SP, 1998.

----- . Avaliação da aprendizagem universitária em tempos. In: **Temas e textos em metodologia do ensino superior**. Campinas/SP: Papirus, 2001.

TAN, D. L. Evaluacion de la calidad de la enseñanza: una revision critica de la bibliografia y la investigacion. In: **La**

evaluacion de las instituciones universitarias. Madrid: Consejo de universidades, 1991.

TRIGUEIRO, M. **Indicadores de qualidade na universidade:** um desafio para a avaliação institucional. São Paulo: USP, 1994.

TRINDADE, Hégio. Universidade, ciência e Estado. In: **Universidade em ruínas: na república dos professores.** Petrópolis/RJ: Vozes, 1999.

TUBINO, M. J. G. (Org.) **A universidade, qualidade e avaliação.** Rio de Janeiro: Quality Mark/Dunya ed., 1997.

ULHOA, J. P. A propósito da avaliação da educação superior. In: **Estudos e debates.** n. 14, p. 47-56, jan. Brasília: CRUB, 1988.

VALDIR DA SILVA, E. A mediação da qualidade docente. In: FRANCO, M. E. D. P. et al. **Universidade e pesquisa: políticas discursos e práticas.** Passo fundo: UPF, 1999.

VIEIRA, A. **A qualidade de vida no trabalho na gestão da qualidade total.** Florianópolis: UFSC, 1996, 224 p. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal de Santa Catarina.

ZABALA, Antoni. **A prática educativa: como ensinar.** Porto Alegre: ArtMed, 1998.

ZUCCO, C. **Relação entre pós-graduação e graduação.** Brasília: CAPES, 1996.

12. ANEXOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1) Como o Senhor (a) conceitua a Pós-graduação *Lato sensu*?

2) Na sua percepção, qual a importância da Pós-graduação *Lato sensu* na formação do profissional médico?

3) Na sua percepção como se caracteriza a residência médica?

4) Serão relacionados a seguir alguns indicadores utilizados pela CAPES para a avaliação dos cursos de Pós-graduação *Stricto Sensu*, eu gostaria que tais indicadores fossem apontados como necessários ou não para a avaliação de desempenho e funcionamento da residência médica:

- a) qualificação docente;
- b) dimensão do corpo docente;
- c) relação entre total de docentes e total de alunos do curso de residência médica;
- d) total de alunos;
- e) número de alunos titulados;
- f) índice de alunos titulados;
- g) total de disciplinas oferecidas;

- h) produção técnica e científica;
- i) índice de produção técnica e científica;
- j) total de professores;
- k) relação professor titulado/alunos;
- l) custo por aluno;

5 – O Senhor(a) gostaria de sugerir algum indicador não observado pela CAPES para avaliar os programas de mestrado e doutorado, mas que serviriam para avaliar a residência médica?

DECRETO Nº 80.281

Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências.

O Presidente da República, usando das atribuições que lhe confere o art. 81, item III, da Constituição, decreta:

Art. 1º A Residência em Medicina constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

§ 1º Os programas de Residência Médica serão desenvolvidos, preferencialmente, em uma das seguintes áreas:

Clínica Médica;

Cirurgia Geral;

Pediatria;

Obstetrícia e Ginecologia;

Medicina Preventiva e Social.

§ 2º Os programas de Residência terão a duração mínima de 1 (um) ano, correspondendo ao mínimo de 1.800 (um mil e oitocentas) horas de atividade.

§ 3º Além do treinamento em serviço, os programas de Residência compreenderão um mínimo de quatro horas semanais de atividades sob a forma de sessões de atualização, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, sempre com a participação ativa dos alunos.

Art. 2º Fica criada no âmbito do Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura a Comissão Nacional de Residência Médica, com as seguintes atribuições:

a) credenciar os programas de Residência, cujos certificados terão validade nacional;

- b) definir, observado o disposto neste Decreto e ouvido o Conselho Federal de Educação, as normas gerais que deverão observar os programas de Residência em Medicina;
- c) estabelecer os requisitos mínimos necessários que devem atender as Instituições onde serão realizados os programas de Residência, assim como os critérios e a sistemática de credenciamento dos programas.
- d) assessorar as Instituições para o estabelecimento de programas de Residência;
- e) avaliar periodicamente os programas, tendo em vista o desempenho dos mesmos em relação às necessidades de treinamento e assistência à saúde em âmbito nacional ou regional;
- f) sugerir modificações ou suspender o credenciamento dos programas que não estiverem de acordo com as normas e determinações emanadas da Comissão.

§ 1º A Comissão Nacional de Residência Médica será composta de dez membros, designados pelo Ministro da Educação e Cultura, assim constituída:

- a) o Diretor Geral do Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura, que é membro nato da Comissão e seu Presidente;
- b) um representante da Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura;
- c) um representante do Ministério da Saúde;
- d) um representante do Ministério da Previdência e Assistência Social;
- e) um representante do Estado-Maior das Forças Armadas;
- f) um representante do Conselho Federal de Medicina;
- g) um representante da Associação Brasileira de Escolas Médicas;
- h) um representante da Associação Médica Brasileira;
- i) um representante da Federação Nacional dos Médicos;
- j) um representante da Associação Nacional de Médicos Residentes;

§ 2º Sempre que necessário, a Comissão Nacional de Residência Médica poderá convidar representantes de outras entidades e órgão governamentais, para exame de assuntos específicos.

§ 3º A Comissão Nacional de Residência Médica terá um Secretário Executivo, substituto eventual do Presidente, designado pelo Ministro da Educação e Cultura.

§ 4º O Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura proverá o suporte administrativo e técnico necessário aos trabalhos da Comissão.

Art. 3º Para que a instituição de saúde não vinculada ao sistema de ensino seja credenciada a oferecer programa de Residência, será indispensável o estabelecimento de convênio específico entre esta e Escola Médica ou Universidade, visando mútua colaboração no desenvolvimento de programas de treinamento médico.

Art. 4º Os programas de Residência serão credenciados por um prazo de cinco anos, ao final do qual o credenciamento será renovado a critério da Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 5º Aos médicos que completarem o programa de Residência em Medicina, com aproveitamento suficiente, será conferido o certificado de Residência Médica, de acordo com as normas baixadas pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Parágrafo Único. Os certificados de Residência em Medicina, expedidos até janeiro de 1979, poderão ser convalidados de acordo com normas a serem estabelecidas pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 6º Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

competete ao residente de medicina:

– estar inscrito no Conselho Regional de Medicina, o que significa conhecer o Código de Ética Médica e trabalhar dentro dos seus princípios, (preenchendo adequadamente os prontuários médicos, respeitando à relação médico/paciente e a

médico/médico, guardar sigilo do que lhe foi passado durante sua função médica, etc.);

- atualizar-se quanto à situação de credenciamento do Programa de Residência Médica que realiza, podendo acompanhar de perto a sua regularização, isto é importante para não ser surpreendido, ao término da Residência, não recebendo o certificado do MEC;

- cumprir carga horária de pelo menos 60 horas semanais, incluindo 24 horas de plantão (enfermaria e emergência, a critério do serviço e das normas da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM);

- cumprir, no mínimo, 2.880 horas de treinamento por ano, esta carga horária deverá ser dividida em 80 a 90% de parte prática e a complementação, ou seja, os 20 a 10% restantes de atividades teóricas;

- informar-se, periodicamente, sobre sua avaliação na Residência Médica, evitando problemas como desligamento antes do final do curso;

- denunciar a Programa de Residência Médica ou a instituição para a Comissão Estadual de Residência Médica, caso exista qualquer irregularidade, com isto o residente estará trabalhando para uma melhor qualificação do programa, melhoria do hospital e cumprindo o Código de Ética Médica;

- fazer parte, ativamente, através de representação da Comissão de Ética Médica do Hospital, participar das reuniões, omitir opiniões e auxiliar no desempenho ético da categoria;

- eleger seus representantes para a Comissão de Residência Médica do Hospital – COREME e exigir reuniões

mensais, com pauta divulgada antecipadamente, a participação atuante do faz com que suas reivindicações sejam ouvidas, discutidas e atendidas (quando for o caso). O primeiro fórum para se resolver os problemas gerais de um curso de residência médica é a COREME;

- é vedado ao médico repetir um Programa de Residência Médica na mesma especialidade, mesmo em unidades diferentes;

- cumprir período igual quando afastado por licença à gestante ou doença de notificação compulsória. Nesses casos a bolsa é mantida por igual período;

- complementar o curso de residência, pelo mesmo tempo, em caso de afastamento para tratamento de saúde. Neste caso, o pagamento durante a licença é de acordo com o desconto feito pelo pagamento do carne previdenciário;

- respeitar seus superiores hierárquicos (preceptores, chefes de serviços, diretores etc.), exigindo o mesmo tratamento. A Residência Médica se dá, basicamente, em função do binômio preceptor x residente. Um aluno interessado desperta a atenção do professor menos ativo, levando-o a se reciclar e renascer se estímulo para a docência, oferecendo uma melhor qualidade de residência médica.

Brasília, 5 de setembro de 1977, 156º da Independência e 89º da República.

Ernesto Geisel, Ney Braga, Paulo de Almeida Machado, L.G. do Nascimento e SILVA e
Moacyr Barcellos Potyguara.

(Publicado no DOU de 06/09/77)

LEI N° 6.932.

Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências.

O Presidente da República. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

§ 1º. As instituições de saúde de que trata este artigo somente poderão oferecer programas de Residência Médica depois de credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica.

§ 2º. É vedado o uso da expressão “Residência Médica” para designar qualquer programa de treinamento médico que não tenha sido aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 2º. Para a sua admissão em qualquer curso de Residência Médica o candidato deverá submeter-se ao processo de seleção estabelecido pelo programa aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 3º. O médico residente admitido no programa terá anotado no contrato padrão de matrícula:

- a) a qualidade de médico residente, com a caracterização da especialidade que cursa;
- b) o nome da instituição responsável pelo programa;
- c) a data de início e a prevista para o término da residência;
- d) o valor da bolsa paga pela instituição responsável pelo programa.

Art. 4º. Ao médico residente será assegurada bolsa de estudo de valor equivalente ao vencimento inicial de carreira de médico, de 20 (vinte) horas semanais, do Departamento Administrativo do Serviço Público – DASP, paga pela instituição, acrescido de

um adicional de 8%, a título de compensação previdenciária, incidente na classe da escala de salário-base a que fica obrigado por força de sua vinculação, como autônomo, ao regime da Previdência Social.

§ 1º. As instituições de saúde responsáveis por programas de residência Médica oferecerão aos residentes alimentação e alojamento no decorrer do período da residência.

§ 2º. Ao médico residente, inscrito na Previdência Social na forma deste artigo, serão assegurados todos os direitos previstos na Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, bem como os decorrentes do seguro de acidentes do trabalho.

§ 3º. À Médica residente será assegurada a continuidade da bolsa de estudo durante o período de 4 (quatro) meses, quando gestante, devendo, porém, o período da bolsa ser prorrogado por igual tempo para fins de cumprimento das exigências constantes do art. 7º desta Lei.

Art. 5º. Os programas dos cursos de Residência Médica respeitarão o máximo de 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas um máximo de 24 (vinte quatro) horas de plantão.

§ 1º. O médico residente fará jus a um dia de folga semanal e a 30 (trinta) dias consecutivos de repouso, por ano de atividade.

§ 2º. Os programas dos cursos de Residência Médica compreenderão, num mínimo de 10% num máximo de 20% de sua carga horária, atividades teórico-práticas, sob a forma de sessões atualizadas, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, de acordo com os programas pré-estabelecidos.

Art. 6º. Os programas de Residência Médica credenciados na forma desta Lei conferirão títulos de especialistas em favor dos médicos residentes neles habilitados, os quais constituirão comprovante hábil para fins legais junto ao sistema federal de ensino e ao Conselho Federal de Medicina.

Art. 7º. A interrupção do programa de Residência Médica por parte do médico residente, seja qual for a causa, justificada ou não, não o exime da obrigação de, posteriormente, completar a carga horária total de atividade prevista para o aprendizado, a fim de obter o comprovante referido no artigo anterior, respeitadas as condições iniciais de sua admissão.

Art. 8º. A partir da publicação desta Lei, as instituições de saúde que mantenham programas de Residência Médica terão um prazo máximo de 6 (seis) meses para submetê-los à aprovação da Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 9º. Esta Lei será regulamentada no prazo de 90 (noventa) dias contados de sua publicação.

Art. 10º. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 11. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 07 de julho de 1981; 160º da Independência e 93º da República.

João Figueiredo, Rubem Ludwig, Murilo Macedo, Waldir
Mendes Arcoverde e Jair Soares.

(Publicada no D. O. U. de 09/07/1981).

RESOLUÇÃO CNRM N.º 004/2002

Dispõe sobre a
estrutura, organização e
funcionamento da Comissão
Nacional de Residência
Médica.

A Comissão Nacional de Residência Médica, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 80.281 de 05/09/1977 e a Lei 6.932 de 07/07/1981, e considerando a dificuldade de interpretação das Resoluções da CNRM por conterem citações sobre o mesmo assunto em diferentes resoluções; considerando que as Leis e Decretos que tratam de assuntos relacionados à Residência Médica não podem ser conflitados pelas Resoluções por ela elaboradas; considerando o que foi decidido e aprovado em Sessão Plenária da Comissão Nacional de Residência Médica realizada em 08.12.2002, no sentido de atualizar e reunir em Resolução única os assuntos contidos nas Resoluções publicadas entre os anos de 1978 a 1999, resolve:

Art. 1.º A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) é órgão de deliberação coletiva criada nos termos do Decreto número 80.281, de 5 de setembro de 1977, e tem por finalidade estabelecer e orientar normas para o cumprimento dos dispositivos constantes do Decreto supracitado.

CONSTITUIÇÃO

Art. 2.º A CNRM está constituída nos termos dos §§1.º e 3.º do artigo 2.º do Decreto número 91.364 de 21 de junho de 1988.

§ 1.º Os membros da CNRM serão indicados pelas respectivas instituições que representam.

§ 2.º As instituições representadas na CNRM indicarão o seu representante membro titular da CNRM bem como o seu suplente, que atuará nas faltas e impedimentos do titular.

ÓRGÃO DE DELIBERAÇÃO

Art. 3.º Para o desempenho de suas funções a CNRM funcionará em Plenário e disporá de subcomissões permanentes e extraordinárias.

Art. 4.º O Plenário é constituído pelo conjunto de membros titulares da CNRM ou dos seus respectivos suplentes e instala-se com a presença de metade de seus membros.

Parágrafo único. O Plenário somente poderá deliberar por maioria de votos dos membros presentes, constantes da lista de presença à reunião.

Art. 5.º As subcomissões permanentes, em número de duas, deliberam sobre matéria de sua competência e são as seguintes:

Subcomissão de Educação e Integração Profissional;

Subcomissão de Planejamento, normas e Integração Institucional

Art. 6.º As subcomissões extraordinárias serão criadas por iniciativa do Presidente ou por proposição de membro do Plenário, aprovada por maioria simples de votos e destinam-se ao exame de matéria específica.

Parágrafo único. As subcomissões extraordinárias funcionarão por prazo de tempo determinado no ato de sua criação, não sendo o mesmo superior a sessenta dias, renovável uma única vez por até mais sessenta dias.

Art. 7.º As subcomissões terão composição mínima de três membros, designados pelo Presidente.

§ 1.º Cada subcomissão elegerá um coordenador de suas atividades entre seus componentes.

§ 2.º Nenhum membro poderá compor mais de uma subcomissão permanente.

Art. 8.º Quando a matéria tratar de processo regular de credenciamento ou avaliação de Programas de Residência Médica esta será distribuída em sistema de rodízio entre os Membros do Plenário.

PRESIDÊNCIA

Art. 9.º A Presidência é o órgão de pronunciamento coletivo da CNRM, coordenadora de seus trabalhos, fiscal de cumprimento deste regimento e autoridade superior em matéria administrativa da CNRM.

Art. 10. A Presidência da CNRM é exercida pelo Secretário da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e no seu impedimento pelo Secretário Executivo da CNRM nos termos do Art. 2.º, § 3.º do Decreto número 80.281, de 1977.

SECRETARIA EXECUTIVA

Art. 11. À Secretaria Executiva compete cumprir as normas da Presidência e coordenar as atividades de apoio técnico-administrativo da CNRM.

§ 1.º Para o exercício de suas funções a Secretaria Executiva contará com o seguinte suporte técnico-administrativo:

- Assessoria Técnica;
- Seção de Informática;
- Seção de Estatística, Documentação e Divulgação;
- Seção de Protocolo e Arquivo;
- Seção de Serviços Gerais.

§ 2º Para o exercício de suas atribuições, a Assessoria Técnica será constituída por 2 médicos, dentre os servidores que compõem o quadro da CNRM.

§ 3º À Assessoria Técnica, além das atividades que lhe forem conferidas pelo Secretário Executivo da CNRM, compete:

- a) receber, processar e analisar os pedidos de credenciamento;
- b) assessorar o Secretário Executivo, as subcomissões e demais membros da CNRM;
- c) colaborar em estudos e pesquisas de interesse da CNRM;
- d) prestar informações para propostas e instruções do processo de credenciamento;
- e) assessorar o Secretário Executivo na elaboração de relatório anual das atividades cumpridas e o plano de trabalho para o ano seguinte ;

- f) elaborar o calendário de reuniões realizadas com todos os membros da CNRM;
- g) promover e organizar encontros, fóruns, seminários e outras atividades afins, de interesse da CNRM.

Art. 12. A Secretaria Executiva será dirigida por médico, portador de experiência profissional e acadêmica comprovada, designada pelo Ministro da Educação.

COMPETÊNCIA

Art. 13. Compete à Comissão Nacional de Residência:

- I) Interpretar o Decreto n.º 80.281/77 e a Lei 6.932/81 e todos os outros Decretos e Leis a ela pertinentes estabelecendo normas e visando suas aplicações;
- II) Adotar e propor medidas, visando adequação da Residência Médica ao Sistema Único de Saúde;
- III) Adotar ou propor medidas, visando qualificação, consolidação ou expansão de programas de Residência Médica;
- IV) Adotar e propor medidas, visando melhoria das condições educacionais e profissionais de Médicos Residentes;
- V) Adotar e propor medidas, visando valorização do Certificado de Residência;
- VI) Promover e divulgar estudos sobre a Residência Médica;
- VII) Adotar e propor medidas, visando articulação da Residência Médica com o internato e com outras formas de pós-graduação.

Art. 14. Ao Plenário compete decidir sobre a matéria de caráter geral ou específico sobre Residência Médica que lhe for atribuída e, ainda, sobre assuntos de sua atribuição fixados pelo Decreto de número 80.281/77

Parágrafo único. Cabe ao Plenário pronunciar-se de modo conclusivo sobre processos regulares de credenciamento e avaliação de PRM, cabendo a qualquer de seus membros direito de voto em separado.

Art. 15. Compete às subcomissões:

- a) apreciar processos que lhe forem distribuídos e sobre eles emitir parecer;
- b) responder às consultas encaminhadas pelo Presidente da CNRM;
- c) elaborar estudos, normas e instruções por solicitação do Presidente da CNRM, ou do Plenário.

Art. 16. À Presidência compete orientar, coordenar e supervisionar as atividades da CNRM.

Art. 17. À Secretaria Executiva compete:

- a) Assessorar o Presidente, as subcomissões e membros da CNRM.
- b) Promover e elaborar estudos e pesquisas de interesse da CNRM;
- c) Orientar os trabalhos de credenciamento e avaliação de Programas de Residência Médica;
- d) Manter cadastro de informações que forneça apoio às atividades da CNRM;
- e) Avaliar e controlar os resultados das atividades desenvolvidas pela CNRM e propor a revisão de planos de trabalho tendo em vista a programação, coordenação e integração das atividades da CNRM;
- f) Elaborar relatório anual das atividades cumpridas e o plano de trabalho para o ano seguinte;
- g) Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades dos órgãos que lhe compõem a estrutura.

ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL

Art. 18. Ao Presidente compete:

- a) Convocar e presidir as reuniões, seminários e encontros promovidos pela CNRM;
- b) Aprovar a pauta das reuniões, propostas pela Secretaria Executiva;
- c) Resolver questões de ordem;
- d) Exercer, nas sessões plenárias, além do direito de voto, o voto de qualidade em caso de empate;
- e) Baixar atos decorrentes das decisões do Plenário;
- f) Designar membros da CNRM para compor as subcomissões;
- g) Determinar a realização de estudos solicitados pelo Plenário;
- h) Baixar portarias e outros atos necessários à organização interna da CNRM;

Art. 19. Ao Secretário Executivo compete:

- a) Substituir o Presidente da CNRM em seus impedimentos;
- b) Assumir as incumbências que lhe forem delegadas pelo Presidente da CNRM.
- c) Dirigir, coordenar, orientar e supervisionar as atividades da Secretaria Executiva
- d) Distribuir às subcomissões processos de competência específica das mesmas;

- e) Adotar ou propor medidas que visem melhoria das técnicas e métodos de trabalho;
- f) Propor medidas sobre matéria de caráter geral ou específico para apreciação e decisão do Plenário;
- g) Secretariar as Reuniões do Plenário.

Art. 20. Ao Coordenador de subcomissões compete:

- a) Dirigir e supervisionar os trabalhos da respectiva subcomissão;
- b) Baixar instruções para a organização e o bom andamento dos serviços;
- c) Relatar e designar relator de processos;
- d) Exarar despachos em processos que independem de parecer da subcomissão ou de decisão do Plenário.

PARTICIPAÇÃO DAS SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Art. 21. Os Programas de Residência Médica serão oferecidos em Instituições de Saúde nas especialidades e áreas de atuação reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

§ 1.º Na determinação de normas complementares para cada especialidade, a CNRM ouvirá as Sociedades Médicas pertinentes, ou, quando inexistentes, ouvirá profissionais de reconhecida competência no campo.

§ 2.º A Secretaria Executiva poderá convidar, nos termos do Art. 2.º, § 2.º do Decreto 80.281/77, representantes das Sociedades Médicas, para integrarem a Assessoria Técnica da Comissão Nacional de Residência Médica.

REQUISITOS MÍNIMOS DA INSTITUIÇÃO

Art. 22. Para que possa ter reconhecido o seu Programa de Residência Médica, a Instituição deverá sempre preencher os seguintes requisitos mínimos.

- I) Ser legalmente constituída e idônea, obedecendo às normas legais aplicáveis quanto a seus recursos humanos, planta física, instalações e equipamentos;
- II) Definir em Regulamento interno os requisitos de qualificação e as atribuições dos profissionais da área de saúde em exercício na Instituição, sendo de todos exigido elevado padrão ético, bem como padrão técnico e científico compatível com as funções exercidas;

- III) Prever em Regimento a existência e manutenção do Programa de Residência Médica, garantindo ao Residente o disposto na Lei 6.932 de 07 de julho de 1981.
- IV) Dispor de serviços básicos e de apoio que contem com pessoal adequado, em número e qualificação, para atendimento ininterrupto às necessidades dos pacientes;
- V) Dispor dos serviços complementares necessários ao atendimento ininterrupto dos pacientes e aos requisitos mínimos do Programa, de acordo, quando for o caso, com as normas específicas a serem baixadas para cada área ou especialidade em conformidade com o disposto no artigo acima;
- VI) Dispor de Serviço de Arquivo Médico e Estatística, com normas atualizadas para elaboração de prontuários;
- VII) Dispor de meios para a prática de necropsia, sempre que cabível tal prática em face da natureza da área ou especialidade;
- VIII) Possuir programação educacional e científica em funcionamento regular para o seu corpo clínico;
- IX) Possuir Biblioteca atualizada com um acervo de livros e periódicos adequado ao Programa de Residência Médica, bem como ter acesso a bibliografia via Internet.
- X) Assegurar à Comissão Nacional de Residência Médica condições para avaliação periódica do Programa de Residência Médica.

REQUISITOS MÍNIMOS DO PROGRAMA

Art.23. Para que possa ser credenciado, o Programa de Residência Médica deverá reger-se por regulamento próprio, onde estejam previstos;

- a) Uma Comissão de Residência integrada por profissionais de elevada competência ética e profissional, portadores de títulos de especialização devidamente registrados no Conselho Federal de Medicina ou habilitado ao exercício da docência em Medicina, de acordo com as normas legais vigentes, com a atribuição de planejar, coordenar, supervisionar as atividades, selecionar candidatos e avaliar o rendimento dos alunos dos vários Programas da Instituição;
- b) Representação da Instituição e dos Residentes na comissão acima, a qual deverá ser renovada a cada ano;
- c) A supervisão de cada área ou especialidade por um supervisor de Programa, com qualificação idêntica à exigida no item acima;

- d) A supervisão permanente do treinamento do Residente por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica, observada a proporção mínima de um médico do corpo clínico em regime de tempo integral para 06 (seis) residentes, ou de 02 (dois) médicos do corpo clínico em regime de tempo parcial para 03 (três) médicos residentes;
 - e) A correlação entre a qualificação de seus profissionais e as atividades programadas, a serem supervisionadas, dependerá da aprovação pela Comissão de Residência Médica da Instituição.
 - f) O mínimo de 10% e o máximo de 20% de sua carga horária em atividades teórico práticas sob forma de sessões de atualização, seminários, correlação clínico-patológica ou outras, sempre com a participação dos residentes;
 - g) Os critérios de admissão de candidatos à Residência Médica, por meio de processo de seleção que garanta a igualdade de oportunidade a médicos formados por quaisquer escolas médicas credenciadas que ministrem o Curso de Medicina reconhecido.
 - h) A forma de avaliação dos conhecimentos e habilidades adquiridas pelo residente; os mecanismos de supervisão permanente do desempenho do residente; e os critérios para outorga do Certificado de Residência Médica de acordo com as normas vigentes.
-
- a) As instituições responsáveis por programas de residência Médica deverão enviar à CNRM, até 30 de junho de cada ano, a relação dos Médicos Residentes matriculados nos respectivos programas.
 - b) A expedição dos certificados é de responsabilidade da instituição que oferece o programa credenciado pela CNRM.
 - c) O certificado de Residência Médica deverá conter, no mínimo, as seguintes referências: nome da Instituição que expede o certificado; número e data do credenciamento do programa pela CNRM; nome do Médico concluinte da Residência Médica ; nome da especialidade ou área de atuação (programa cursado); duração do programa com data de início e término; assinatura do Diretor da Instituição, do Coordenador do Programa e do Médico Residente; local e

data, CPF do médico residente; número da inscrição do médico residente no Conselho Regional de Medicina (CRM) e estado da federação.

- d) O Certificado de Residência Médica só terá validade após registro junto a Comissão Nacional de Residência Médica.
- e) O registro do certificado de conclusão do Programa de Residência Médica no Conselho Federal de Medicina será de responsabilidade do interessado, após o registro na Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica, de acordo com as normas legais vigentes.

SISTEMÁTICA DE CREDENCIAMENTO

Art. 27. É a seguinte a sistemática a ser obedecida para efetivação do credenciamento:

1. As Comissões de Residência Médica (COREME) deverão submeter à Comissão Nacional de Residência Médica propostas de credenciamento de Programas de Residência Médica até o dia 15 de fevereiro de cada ano.

2.A instituição interessada fará a solicitação enviando, devidamente preenchido, o Formulário de Pedido de Credenciamento de Programa (PCP) de Residência Médica à CNRM e à Comissão Estadual ou Distrital de Residência Médica, para estudo, relato e aprovação, bem como , o comprovante do pagamento de cotas de acordo com as normas vigentes. Onde não houver Comissão Estadual em funcionamento, a Instituição deverá enviar o formulário à CNRM e ao Coordenador Regional, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da reunião da CNRM.

3. A Comissão Estadual ou o Coordenador Regional indica os visitantes para o(s) Programa(s) e comunica à CNRM, para providências de passagens e diárias, com o prazo de 5 (cinco) dias úteis antes da data prevista para a visita.

4. A Comissão Estadual ou o Coordenador regional deverá comunicar a Instituição a data da visita.

5.As normas constantes no Formulário de orientação de visita elaborado pela CNRM serão seguidas e preenchidas durante a visita.

6. Os Formulários preenchidos pelos visitantes serão encaminhados à Comissão Estadual para estudo, relato e aprovação, na reunião da Comissão Estadual, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da reunião da CNRM.

O Relatório de visita é de uso das Comissões Estaduais e Distrital e da CNRM. Onde não houver Comissão Estadual de Residência Médica, o formulário preenchido pelos visitantes será enviado ao Coordenador Regional para análise e posterior remessa à CNRM para relato e aprovação.

7. O resultado da reunião da Comissão Estadual de Residência Médica deverá ser enviado ao Coordenador Regional e à CNRM até 10 (dez) dias antes da reunião da CNRM, constando:

nome da Instituição,

nome do (s) Programa (s) visitado (s) e a solicitação;

área de atuação;

conclusão da reunião: com número de vagas de cada programa ou da área de atuação.

8. O Pedido de Credenciamento Provisório, que é o primeiro credenciamento e cuja validade corresponde ao tempo de duração do programa (Resolução 01/2001 art. 5º), será relatado pelo Coordenador Regional, em reunião plenária da CNRM.

9. A decisão de credenciar ou de negar o credenciamento será tomada em Plenário por maioria simples de votos, após o relator apresentar seu parecer devidamente fundamentado.

10. Os Pareceres e os Termos Aditivos de todas as modalidades (credenciamento provisório, credenciamento por 5 (cinco) anos, recredenciamento e outros) aprovados pelas Comissões Estaduais, serão elaborados pela CNRM, protocolados e enviados para a Instituição. Este procedimento se faz necessário posto que toda a documentação tem um número de processo e os resultados aprovados serão colocados no Sistema Geral da CNRM. As Comissões Estaduais deterão cópias de todos os documentos.

11. Só serão relatados na Plenária da CNRM os Processos que estejam completos, ou seja, Pedidos de Credenciamento preenchidos, acompanhados do Relatório de Visita e Parecer da Comissão Estadual ou do Coordenador Regional, quando for o caso.

Art. 28. Após o credenciamento provisório a Instituição deverá solicitar o credenciamento por 5 (cinco) anos.

Art. 29. Findo o prazo de cinco anos, referente à validade do credenciamento, a Instituição solicitará o credenciamento do programa de cinco em cinco anos.

Art. 30. O não cumprimento do programa de acordo com as normas da CNRM levará o programa a condição de exigência, diligência ou descredenciamento.

Art. 31. O cumprimento da exigência ou diligência no processo de credenciamento que não puder ser comprovado por meio de documentos, será observado mediante visita de verificação.

VISITAS DE VERIFICAÇÃO

Art. 32. As despesas decorrentes com as visitas de verificação correrão por conta da Instituição interessada no credenciamento.

Art. 33. As instituições que solicitarem o credenciamento provisório, credenciamento ou credenciamento de até 05 (cinco) programas de Residência Médica, deverão recolher a importância a ser definida pela CNRM, em instrumento próprio, a cada ano.

Art. 34. Quando a solicitação incluir mais de 05 (cinco) programas de Residência Médica as instituições deverão recolher além da importância citada no artigo anterior, o valor suplementar por programa, definida no mesmo instrumento de que trata o artigo anterior.

Art. 35. Na ordem de pagamento deve constar a discriminação CAPES/Residência Médica.

DESCREDENCIAMENTO

Art. 36. São condições, a juízo da CNRM, para descredenciamento de programas de Residência Médica quaisquer alterações que comprometam a qualidade do programa e o oferecimento de vagas acima do número credenciado pela CNRM.

Parágrafo único – Os programas de Residência Médica descredenciados ou cujos credenciamentos não forem aprovados pela CNRM poderão fazer nova solicitação de acordo com os prazos previstos no art. 1º da Resolução 001/2001.

TRANSFERÊNCIA

Art. 37. A transferência de médicos residentes, da mesma Instituição, para outro programa, é possível, após a permissão da Comissão de Residência Médica da Instituição e dos Coordenadores dos Programas envolvidos, obedecidas as disposições internas e as Resoluções da CNRM.

Art. 38. Quando do descredenciamento de um programa de residência médica, os médicos residentes que o estiverem cursando, deverão ser transferidos para outras Instituições, continuando o pagamento da bolsa a ser feito pela Instituição de origem até a conclusão do programa de residência médica;

Art. 39. A Comissão Nacional de Residência Médica analisará as solicitações de transferência de Médicos Residentes na hipótese de existência de vaga, de bolsa, da concordância da COREME da Instituição de origem, da concordância da COREME da Instituição de destino bem como a concordância das Comissões Estaduais dos Estados em que os programas de residência médica são oferecidos e desde que a solicitação seja considerada relevante pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 40. Os casos omissos serão resolvidos a juízo da Comissão Nacional de Residência Médica.

COORDENADORES REGIONAIS

Art. 41. A Comissão Nacional de Residência Médica mantém sob sua subordinação além das Comissões Estaduais / Distrital de Residência Médica , as Coordenadorias Regionais.

Art. 42. Cada Coordenadoria Regional terá como responsável um Coordenador.

§ 1º. O Coordenador Regional será nomeado pelo Presidente da CNRM.

§ 2º. Os Coordenadores Regionais serão obrigatoriamente médicos – supervisores ou preceptores de programa de residência médica ou professores de escolas médicas.

Art. 43. As Coordenadorias Regionais da Comissão Nacional de Residência Médica são:

Região Norte- (Acre, Amazonas, Pará)

Nordeste I (Maranhão, Piauí , Ceará, Rio Grande do Norte , Paraíba, Pernambuco)

Nordeste II (Alagoas, Sergipe, Bahia);

Sudeste I (São Paulo);

Sudeste II (Rio de Janeiro);

Sudeste III (Minas Gerais e Espírito Santo);

Centro Oeste (Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Goiás e Distrito Federal);

Sul (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul).

Art. 44. Compete à Coordenadoria Regional:

a) Manter contato permanente com os Presidentes das Comissões Estaduais das Residências Médicas e com todos os Programas de Residência Médica de sua região;

b) Prestar assessoramento e orientação junto com as Comissões Estaduais no preenchimento dos formulários de credenciamento, evitando que os mesmos retornem para correção de erros evitáveis;

c) Prestar assessoria pedagógica ao desenvolvimento do PRM, sugerindo medidas que aprimorem o seu desempenho e qualifiquem melhor os seus egressos;

d) Acompanhar os processos que baixarem em diligência ou colocados em exigência, prestando toda a orientação ao PRM, para o pronto atendimento do solicitado;

e) Funcionar como consultor permanente dos Presidentes das Comissões Estaduais e dos programas da região e interlocutor dos mesmos junto à CNRM;

f) Prestar assessoria, orientação e supervisão igualmente aos residentes inscritos nos vários programas, seja diretamente, seja por meio de seus órgãos de representação, comparecendo a reuniões e debates com fins de esclarecimento e orientação;

g) Comparecer às reuniões da CNRM com direito a voz no plenário;

h) Representar a CNRM sempre que designado, comparecendo a congressos, reuniões, simpósios e conferências sobre Residência Médica;

i) Fornecer à Secretaria Executiva da CNRM todas as informações necessárias que disponha, inclusive a documentação a ser juntada ao processo de credenciamento dos PRM da Instituição.

Art. 45. A Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação dará o suporte técnico-administrativo necessário aos trabalhos da Coordenadoria Regional.

Parágrafo único – Os casos omissos para a implantação e andamento dos trabalhos da Coordenadoria Regional, serão resolvidos a juízo da Secretaria Executiva e da Presidência da CNRM.

COREME

Art. 46. A Comissão de Residência Médica – COREME, da Instituição de Saúde, é o órgão competente para manter os entendimentos com a Comissão Estadual de Residência Médica e deve manter um regimento que deve ser do conhecimento do médico residente ao iniciar o programa.

§ 1º. Os membros da COREME devem ser escolhidos entre os Supervisores e Preceptores de programas de Residência Médica.

§ 2º. O substituto eventual do Coordenador será indicado dentre os membros da COREME, excetuando-se o representante dos médicos residentes.

Art. 47. A representação dos médicos residentes nas Comissões de Residência Médica das Instituições credenciadas deverá ser provida, obrigatoriamente, por residentes regularmente integrantes do Programa.

Parágrafo único – Os representantes dos médicos residentes da Comissão terão direito a voz e voto nas reuniões e decisões da Comissão de Residência Médica da Instituição de Saúde.

Art. 48. A Comissão de Residência Médica do hospital reunir-se-á, obrigatoriamente, pelo menos uma vez por mês, com prévia divulgação da pauta da reunião e posterior transcrição das reuniões em ata.

Art. 49. Os programas de Residência Médica, só poderão aumentar o número de vagas, em qualquer dos anos de Residência Médica, após aprovação pela Comissão Estadual de Residência Médica e da anuência da Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica.

REPRESENTAÇÃO DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 50. Os representantes dos médicos residentes nas Comissões de Residência Médica, das instituições credenciadas ou em fase de credenciamento, deverão ser livremente eleitos pelos médicos residentes, em escrutínio direto e secreto.

§ 1º. A data, a hora e o local das eleições deverão ser prévios e amplamente divulgados para os médicos residentes eleitores, matriculados no(s) programa(s) da instituição.

§ 2º. O processo eleitoral deve ser atribuição exclusiva dos médicos residentes, sendo a ata de eleição e apuração assinadas pelos membros das respectivas mesas de eleição. O eleitor deverá assinar a lista de votantes no ato da votação.

§ 3º. Nenhum médico residente pode ser impedido, sob qualquer pretexto, de votar ou ser votado nas eleições referidas no “caput” deste artigo, salvo nos casos de impedimento legal.

Art. 51. Para cada representante dos médicos residentes da Comissão de Residência Médica será eleito também um suplente.

§ 1º. O representante e o suplente devem ser residentes de anos diferentes.

Art. 52. As eleições dos representantes dos médicos residentes nas Comissões de Residência Médica serão anuais e permitirão uma reeleição.

EDITAIS

Art. 53. O Edital de seleção pública para residência médica só será publicado após a aprovação pela Comissão Estadual e pelo Coordenador Regional, observado o prazo de até 15 (quinze) dias antes da data do início da inscrição.

Art. 54. A instituição fará publicar, em Diário Oficial ou em Jornal de grande circulação do Estado, o Edital de concurso, com as informações necessárias, divulgando, também, o endereço no qual será fornecido o Manual do Candidato e dirimida quaisquer dúvidas.

Parágrafo único – Do Edital de Concurso deverão constar:

- a) os programas de Residência Médica oferecidos e o respectivo número de vagas;
- b) os critérios de seleção de acordo com a Resolução CNRM 001/2000
- c) a indicação do período (data) e local da inscrição;
- d) a relação dos documentos exigidos para a inscrição: fotocópia da carteira de identidade, comprovante de inscrição no Conselho Regional de Medicina ou declaração da instituição de ensino, na qual o candidato cursa o último período do curso médico.

Art. 55. A instituição responsável por programa de Residência Médica que não proceder a concurso, por período superior a 12 (doze) meses, deverá solicitar autorização prévia à Comissão Estadual de Residência Médica para a sua realização.

NÚMERO DE RESIDÊNCIAS MÉDICAS CURSADAS

Art. 56. É vedado ao médico residente repetir programas de Residência Médica, em especialidades que já tenha anteriormente concluído, em instituição do mesmo ou de qualquer outro Estado da Federação.

Parágrafo único. A menos que se trate de pré-requisito estabelecido pela Comissão Nacional de Residência Médica, é vedado ao médico residente realizar programa de Residência Médica, em mais de 2 (duas) especialidades diferentes, em instituição do mesmo ou de qualquer outro Estado da Federação.

Art. 57. A Comissão de Residência Médica da Instituição tem a atribuição de desligar o médico residente, a qualquer tempo, quando caracterizada a infração ao estabelecido no artigo anterior, sob pena de descredenciamento automático do programa pela CNRM.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 58. Na aplicação desta Resolução as dúvidas e os casos omissos serão resolvidos pelo Plenário da Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 59. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as Resoluções CNRM, 01/78;02/78;03/78;04/78;01/79;02/79;03/79;4/79;05/79;01/80;02/80;03/80;04/80;05/80;06/80;01/81;02/81;3/81;04/81;05/81;05/81;06/81;07/81;08/81;09/81;10/81;11/81;12/81;13/81;14/81;15/81;16/81;17/81;01/82;02/82;03/82;04/82;05/82;06/82;07/82;08/82;09/82;10/82;11/82;12/82;13/82;14/82;15/82;01/83;02/83;03/83;04/83;01/86;01/87;01/92;01/93;01/98;01/99;02/99.

FRANCISCO CESAR DE SÁ BARRETO

PRESIDENTE DA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

(*) Republicada por ter saído com incorreção, do original, publicado no DOU de 20 de dezembro de 2002, seção 1.